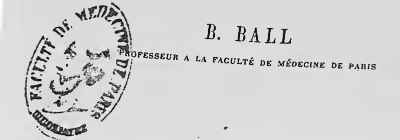
LEÇONS

SUR

LES MALADIES MENTALES

PAR



B. BALL

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PARIS

SSELIN ET Ce, LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1880

AVANT-PROPOS

La publication de ces leçons a été longtemps retardée par des circonstances absolument indépendantes de ma volonté.

Aujourd'hui, pourvu d'un service clinique, après une longue et pénible attente, je puis enfin tenir ma promesse, et je viens offrir au public, non seulement les leçons que j'ai professées à la Faculté de médecine comme agrégé, mais encore celles que j'ai faites, comme professeur titulaire, à la clinique de l'asile Sainte-Anne, depuis la fin de l'année 1879.

Je n'ai cependant rien à changer à la préface que j'avais placée, il y a quatre ans, en tête de mon premier fascicule, et cela pour deux raisons : d'abord,

parce qu'elle indique très exactement le but de l'ouvrage et les intentions de l'auteur, qui n'ont jamais varié ; ensuite, parce qu'elle exprime toute la reconnaissance que j'éprouve pour les hommes éminents qui m'ont honoré de leurs bienveillants conseils, et surtout pour mon excellent maître, le professeur Béhier, que la mort a trop rapidement enlevé à l'affection si légitime et si profonde de ses nombreux élèves et amis.

B. BALL.

Paris, le 1er août 1880.

PRÉFACE

Ce livre est le résumé des leçons que j'ai professées, en 1875 et 1876, à la Faculté de médecine de Paris. Il est destiné à présenter aux élèves, sous une forme élémentaire, les notions de pathologie mentale les plus indispensables à la pratique de la médecine.

Notre époque semble offrir, à cet égard, une singulière contradiction. Jamais, peut-être, la psychiatrie n'avait été représentée par un aussi grand nombre d'hommes éminents; jamais, peut-être, l'esprit du siècle et les tendances du mouvement scientifique n'avaient été aussi favorables à ce genre de travaux; et jamais le public médical n'avait paru, dans son en-

semble, aussi complètement étranger à cette branche de nos connaissances. Il est vraiment pénible de constater combien nos élèves, combien les médecins eux-mêmes sont restés indifférents aux progrès de la pathologie mentale, et combien leur éducation demeure incomplète sous ce rapport. On dirait que, loin de suivre à cet égard deux lignes parallèles, les aliénistes et les praticiens se sont engagés dans deux voies diamétralement opposées : tandis que les uns s'enfoncent de plus en plus dans leurs études de prédilection, les autres en détournent absolument leurs regards, et paraissent abandonner le terrain sans réserve aux spécialistes.

Il est cependant peu de questions qui se présentent plus souvent, et sous une forme plus menaçante, aux hommes qui cultivent notre art. A chaque instant, un diagnostic à établir, un pronostic à formuler, un rapport à rédiger, viennent mettre le médecin en face de ces problèmes redoutables qui touchent de si près à l'honneur et au repos des familles, et aux intérêts les plus immédiats de la société. Est-il toujours possible, en pareil cas, d'exciper de son incom-

pétence? et croit-on qu'un aveu d'ignorance soit toujours accepté comme une excuse valable?

Il ne s'agit donc pas ici de remplacer, par un enseignement didactique, ces connaissances pratiques qui ne peuvent s'acquérir que par une longue fréquentation des malades, ni de créer d'emblée des aliénistes de profession : il s'agit de fournir aux jeunes médecins une vue d'ensemble du sujet, et de leur permettre d'éviter des erreurs d'autant plus déplorables, qu'elles entraînent souvent des conséquences de la plus haute gravité ; il s'agit enfin de faciliter les premiers pas dans la carrière, à ceux qui, par les tendances spontanées de leur esprit, se sentent naturellement portés vers les études de cet ordre. Tel est le but de cet ouvrage.

Qu'il me soit permis de saisir cette occasion pour exprimer toute ma reconnaissance à MM. les professeurs Lasègue et Béhier, et à mon excellent maître M. Moreau (de Tours), ainsi qu'à MM. Baillarger, Lunier, Alf. Maury, J. Falret et Mesnet, qui ont bien voulu m'accorder leur bienveillance et m'aider de leurs conseils.

J'ai largement profité des travaux si remarquables qui ont enrichi la psychiatrie en France.

Quant aux emprunts que j'ai faits aux auteurs étrangers, ils sont trop nombreux pour que je songe à en dresser ici la liste.

B. BALL.

Paris, le 30 avril 1876.

LEÇONS

SUR

LES MALADIES MENTALES

PREMIÈRE LEÇON

LA MÉDECINE MENTALE A TRAVERS LES SIÈCLES.

SOMMAIRE. — Considérations générales. — Importance de l'histoire dans les questions scientifiques. — Histoire de la médecine mentale. — Temps primitifs.— La Grèce antique.— Hippocrate.— Les philosophes. — Platon. — Aristote. — Les Alexandrins. — Arétée. — Celse. — Asclépiade. — Galien. — Cœlius Aurélianus. — Le moyen âge. — Les sorciers. — Temps modernes. — Stahl. — Ecole psychologique allemande. — Heinroth. — Ecole somatique.— Ecole française. — Pinel. — Esquirol. — Intervention de l'anatomie pathologique. — Classification des maladies mentales. — Epoque contemporaine. — Conclusions.

MESSIEURS,

On demandait un jour au vieux doge de Gênes, contraint, par Louis XIV, de venir s'humilier à Versailles, ce qui l'étonnait le plus dans la cour du grand roi. « C'est de m'y voir, » répondit-il.

Je pourrais à mon tour m'appliquer cette parole ; et lorsque, après une si longue attente, je monte enfin dans cette chaire dont l'accès semblait m'être à jamais interdit, ce qui m'étonne le plus, c'est de m'y voir.

Aussi ne puis-je résister au désir de témoigner ici ma profonde reconnaissance à tous ceux qui m'ont prêté leur appui : à la Faculté qui m'a présenté ; au ministre qui m'a

nommé ; aux pouvoirs publics qui ont organisé mon service ; aux élèves, aux amis, dont les courageuses sympathies ne m'ont jamais abandonné ; et enfin, et surtout, à ces aliénistes éminents, dont les uns sont pour moi des maîtres vénérés, tandis que les autres, après avoir été les camarades de ma jeunesse, sont aujourd'hui mes alliés dans le combat de la vie. Et puisque je ne saurais les citer tous, qu'il me soit permis de concentrer l'expression de mes sentiments sur le nom d'un seul ; sur le nom d'un homme qui, après avoir parcouru la carrière avec un incomparable éclat, est venu me prendre par la main, pour me conduire à la place où je suis ; car ce n'est pas un maître jaloux : — vous avez tous nommé M. le professeur Lasègue ; et je suis heureux, dans cette occasion solennelle, de pouvoir lui rendre un hommage public, pour m'acquitter, dans une bien faible mesure, d'une dette de reconnaissance que j'ai depuis si longtemps contractée.

Mais c'est assez vous parler de mes sentiments et de mes souvenirs ; vous attendez autre chose de moi, et il est temps de vous satisfaire.

Nous inaugurons aujourd'hui une chaire nouvelle ; et c'est pour le titulaire à la fois un devoir et un droit que de vous exposer les principes qui doivent le guider dans sa marche, et de vous apporter, je ne dirai pas une profession de foi, elle serait absolument déplacée en présence d'un auditoire tel que celui qui me fait l'honneur de m'écouter, mais un aperçu rapide des vues d'ensemble qui doivent présider à son enseignement.

Je pourrais, il est vrai, dédaignant les traditions classiques, laisser de côté toute discussion générale et me plonger sur-le-champ dans l'étude des détails, — et je ne

ferais en cela que me conformer aux usages qui semblent prévaloir de plus en plus parmi nous; mais je ne saurais mentir ainsi aux tendances naturelles de mon esprit; et d'ailleurs, il est bon, messieurs, il est salutaire de respirer quelquefois l'air de ces hautes régions intellectuelles, à la condition, bien entendu, de ne pas y faire un séjour trop prolongé.

L'histoire nous offre un moyen légitime et naturel d'aborder l'étude de ces grands problèmes. Par elle, nous assistons à l'évolution progressive de l'esprit humain ; par elle, nous remontons à la source de ces grands courants intellectuels qui ont déposé, pour ainsi dire, les stratifications successives sur lesquelles repose la science moderne; par elle, enfin, nous saisissons l'origine et la filiation des idées qui nous gouvernent, nous en précisons le sens, et nous analysons, pour ainsi dire, l'atmosphère intellectuelle qui nous enveloppe aujourd'hui.

Un tel programme pourrait vous effrayer, messieurs ; rassurez-vous, il n'entre nullement dans mes vues de vous offrir un tableau complet des développements de la médecine mentale. Réduite aux proportions mesquines que lui imposerait le cadre étroit d'une leçon, cette esquisse ne deviendrait plus qu'un catalogue informe de noms propres; et d'ailleurs, l'historique de la psychiatrie a été traité, par des auteurs compétents, avec un tel luxe de détails, que toute analyse de leurs travaux serait pour le moins inutile.

Mon but est tout différent. Je me propose de suivre avec vous les grands courants qui ont dominé, à diverses époques, l'étude des maladies mentales. Résigné d'avance à être incomplet, je veux me faire l'historien non des hommes, mais des idées; et groupant ainsi, autour de quelques grandes figures, l'ensemble des tendances qu'elles repré-

sentent, je chercherai à vous montrer, par ce coup d'œil rapide jeté sur le passé, l'état auquel la science est aujourd'hui parvenue et l'avenir qui lui est probablement réservé.

Dire que la folie est de tous les temps et de tous les siècles, dire que les littératures les plus antiques en rapportent des exemples, et que les livres sacrés de tous les peuples en ont parlé, c'est reconnaître une fois de plus que depuis les premières lueurs de l'histoire la nature humaine n'a point changé, et que, sujette aux mêmes défaillances elle subit toujours le joug des mêmes infirmités.

S'il fallait s'en tenir à ces vérités presque banales, il serait vraiment superflu d'interroger le passé. Mais une donnée fondamentale se dégage de ses enseignements ; elle peut se réduire à cette formule générale : les conceptions dominantes de chaque époque ont marqué leur empreinte sur la théorie et la pratique de la médecine mentale, sur la manière générale de comprendre les maladies psychiques et sur les moyens mis en œuvre pour les guérir.

Toutes les civilisations primitives ont considéré la folie comme un effet immédiat de la colère céleste ; toutes ont eu recours, pour la combattre, aux prières, aux exorcismes, à l'intervention des dieux ; et même au sein des civilisations les plus développées, on rencontre encore les traces évidentes de ces indestructibles tendances de l'esprit humain ; elles ont dominé tout le moyen âge, et nous en retrouvons encore les vestiges aujourd'hui.

Et cependant, au cours des siècles, l'expérience accumulait ses trésors, et l'observation, même pratiquée par des esprits superstitieux, rassemblait des notions précieuses et d'une portée véritablement clinique. Tels sont les matériaux qui se trouvaient à la portée des premiers construc-

teurs de l'édifice, lorsque survint dans la Grèce antique ce grand réveil de l'esprit humain, auquel se rattache tout ce qu'il y a de meilleur dans nos civilisations modernes.

Cette immense révolution, inaugurée par les philosophes et les poètes, et poursuivie par les mathématiciens, est représentée, dans l'ordre des sciences médicales, par le nom d'Hippocrate. On peut même ajouter que par un autre côté cette grande figure se rapproche plus étroitement encore de l'esprit moderne, car, au milieu d'une génération de logiciens, ivres de métaphysique, Hippocrate était ce que de nos jours on appelle « un positiviste »; ou, pour parler un langage moins prétentieux, c'était un clinicien, préoccupé avant tout de l'étude des faits, et doué d'une merveilleuse aptitude pour les observer.

Toutefois, pour ce qui touche à la médecine mentale, Hippocrate ne nous a laissé que des notions de détail, empreintes de cet esprit sagace et pratique que nous lui connaissons, mais qui ne sauraient constituer un corps de doctrine. Rappelons seulement que par sa théorie des quatre humeurs cardinales, — le sang, la pituite, la bile et l'atrabile, — Hippocrate a exercé une influence immense sur la médecine en général, et sur la psychiatrie en particulier ; et le langage que nous parlons aujourd'hui en porte encore les traces.

Mais il faut chercher plus haut et plus loin les origines de notre science, et c'est chez les philosophes que nous les trouverons. Ç'a été, en effet, l'éternelle destinée et l'éternel honneur de la psychiatrie de subir l'influence bonne ou mauvaise de la philosophie contemporaine, d'en suivre les fluctuations et d'en refléter les aspects divers.

La première question qui se présente à tout esprit logique, au seuil même de la médecine mentale, est néces-

sairement la suivante : Quel est le siège de l'entendement, et par quel mécanisme le jeu régulier de ses opérations peut-il être bouleversé ? Prêtons l'oreille aux réponses que provoquait il y a deux mille ans cet éternel problème.

Fatigués aujourd'hui de ces discussions dont nous avons reconnu la stérilité, nous renoncerions volontiers à savoir quel est le siège de l'âme. Il n'en était pas ainsi des philosophes antiques, logiciens avant tout, et qui n'admettaient pas qu'il fût possible de passer à côté de ces problèmes sans chercher à les résoudre. Et puisque c'est de l'histoire que nous faisons ici, il faut nous mettre à la place de ces esprits antiques, puissants et naïfs ; il faut suivre l'évolution de leurs idées, et nous rajeunir pour ainsi dire, suivant le mot si profond de Pascal, en redevenant ce qu'étaient les anciens; nous y gagnerons au moins de retrouver dans le passé le sens précis et les véritables origines de plusieurs des idées qui nous gouvernent encore aujourd'hui.

Le divin Platon, homme inspiré s'il en fut jamais, est un spiritualiste tellement convaincu, que, non content de nous reconnaître une âme, il nous en accorde trois : ce ne sont, en réalité, que les *parties* ou les *puissances* de l'âme, dont il ne conteste pas l'unité. L'âme supérieure raisonnable, le λόγος, réside dans la tête ou plutôt dans l'encéphale ; les autres ont pour siège les parties inférieures, le cœur et les viscères situés au-dessous du diaphragme.

Puisqu'il existe une âme supérieure et des âmes inférieures, il est évident qu'il doit exister deux espèces bien différentes de délire : l'un céleste, inspiré par les dieux, l'autre d'origine terrestre, et reconnaissant pour cause les maladies corporelles.

Parmi les délires d'origine céleste, il faut ranger, d'après Platon :

Le délire des prophètes, inspiré par Apollon ;
Le délire des poètes, inspiré par les Muses ;
Le délire des bacchantes, inspiré par Bacchus ;
Le délire des amants, inspiré par Éros.

Quant au délire grossier, d'origine purement terrestre, qui correspond en réalité à ce que nous désignons sous le nom de *folie*, il reconnaît pour cause toutes les altérations des humeurs, qui peuvent troubler le jeu des divers organes.

Cette naïve et poétique théorie, tout imprégnée de la mythologie de l'époque, était peut-être la plus hardie qu'il fût possible de formuler au temps où le peuple athénien faisait mourir Socrate, et où la moindre atteinte aux croyances enfantines, qui constituaient le fond de l'orthodoxie hellénique, entraînait la peine capitale.

Une doctrine plus ferme et plus logique, sinon plus physiologique, est formulée par ce grand philosophe, que l'amitié des rois mettait au-dessus des ressentiments de la foule.

D'après Aristote, l'âme se divise en deux parties : l'âme rationnelle et l'âme irrationnelle ; l'une et l'autre ont pour siège le cœur ; et pour ne laisser planer aucun doute sur sa pensée, il ajoute que le cerveau ne participe en rien aux sensations.

Or, la qualité maîtresse de l'âme est la chaleur ; elle en fait partie intégrante, essentielle, et plus sa chaleur vitale est grande, mieux elle fonctionne. Le froid et le chaud vont donc expliquer toutes les folies, qui sont tantôt des échauffements, c'est-à-dire des excitations, tantôt des refroidissements, c'est-à-dire des dépressions de l'âme.

D'autres philosophes, s'inspirant plus ou moins directement des idées d'Aristote, ont fait de l'âme un *pneuma*, une vapeur subtile qui circule avec le sang, dont elle n'est qu'une évaporation. Mais au point de vue de la psychiatrie

la conséquence immédiate de cette notion physiologique, c'est que le sang gouverne en maître absolu les fonctions intellectuelles. La raison se conserve en son entier tandis que le sang est bien constitué; s'il se corrompt, elle s'altère.

Poussant jusqu'à l'extrême les doctrines du maître, Théophraste, dans son Traité du vertige, admet que le cerveau n'est qu'une excroissance de la moelle épinière, une sorte d'éponge humide destinée à tempérer les ardeurs de l'âme. C'est, comme vous le voyez, la théorie du rhume de cerveau. Le vertige, d'après Théophraste, est une affection de l'âme ; mais on doit en rapporter le siège au cœur, origine et centre de toutes les sensations.

Laissons un instant les disciples d'Aristote, et revenons aux platoniciens. L'école d'Alexandrie, essentiellement antimatérialiste, regarde l'âme comme un reflet de l'intelligence divine, une image affaiblie, mais fidèle, du principe éternel. Cette âme se divise en deux parties : l'une intelligente, qui se dirige en haut vers la tête; l'autre irrationnelle, qui se dirige en bas vers le corps.

Or, comme aux yeux des Alexandrins l'âme rationnelle est toute l'intelligence, et comme ils en plaçaient le siège dans le cerveau, ces vieux spiritualistes étaient déjà bien plus près de la science moderne.

Le centre psychique et sensoriel n'est plus le cœur ; c'est une partie de l'encéphale ; pour Hérophile, c'est la voûte à trois piliers ; pour Erasistrate, les méninges ; pour Strabon, les hémisphères. On ne saurait approcher davantage de la vérité. Ajoutons enfin qu'Erasistrate avait formulé d'avance, par une intuition de génie, une idée essentiellement moderne : c'est que l'étendue de l'intelligence est en rapport direct avec le développement de la surface du cerveau —

avec la profondeur des sillons et le relief des circonvolutions.

Aussi les conséquences, au point de vue médical, d'une semblable manière de voir, ne se font pas attendre.

L'auteur alexandrin du livre sur la maladie sacrée, c'est-à-dire l'épilepsie, s'exprime en ces termes que contre-signeraient bien volontiers la plupart des aliénistes modernes :

« Les hommes n'ont de joie, de plaisir, de gaieté, de prudence, que par le cerveau ; par lui nous viennent aussi les peines, les tristesses, les chagrins, la perte de la raison. C'est par le cerveau que nous tombons dans le délire, dans la manie, car ces divers états se produisent quand le cerveau est malade. »

Ainsi, messieurs, pour les Alexandrins, l'encéphale est incontestablement le siège de la folie aussi bien que de l'intelligence ; et rien n'est plus frappant, dans l'histoire des sciences, que de constater que ce sont les spiritualistes anciens qui les premiers ont rendu justice au cerveau. Malheureusement ces disciples de Platon ont développé et transformé la doctrine du maître sur le délire par inspiration céleste ; et subissant peut-être à leur insu l'influence de l'Orient, ils ont admis l'intervention des *démons* dans les maladies de l'esprit. Pour les anciens, cette expression ne comportait point le caractère sinistre que plus tard les premiers chrétiens et les Pères de l'Eglise y ont attaché. Nous verrons bientôt quels ont été les fruits de cette erreur déplorable.

Mais, dira-t-on, la science antique est-elle comprise tout entière dans de vaines spéculations ? et la clinique et la pratique n'y ont-elles aucune part ?

A cette question, le nom seul d'Arétée serait une réponse.

On ne saurait assez louer, à quinze siècles de distance, la rigueur scientifique, le sens clinique, la précision des détails et l'abondance des faits qui se retrouvent dans les admirables et pittoresques écrits de ce grand aliéniste, qui a su décrire les principaux symptômes, les formes, les espèces, et plusieurs des variétés les plus importantes de la folie, avec une supériorité qui fait de lui le véritable Hippocrate de la médecine mentale.

Arétée était un pneumatiste, et comme tel, il plaçait le siège de l'âme dans le cœur. Mais ce n'est pas par de vaines hypothèses que ce grand homme a mérité notre admiration. Observateur consommé, praticien habile, écrivain de premier ordre, Arétée a laissé des descriptions ineffaçables du délire érotique, de la manie et de la mélancolie ; il a saisi avec la plus grande netteté les rapports qui unissent l'excitation et la dépression des forces intellectuelles, et l'on pourrait croire qu'il a observé des cas de folie circulaire. L'importance qu'il accorde aux idées fixes en a fait un précurseur d'Esquirol, qui devait plus tard créer la monomanie. Nous lui devons, enfin, des préceptes empreints de la plus parfaite sagesse à l'égard du pronostic des divers genres de folie, et du traitement physique et moral des aliénés.

Celse, qui lui est antérieur de quelques années, semble avoir été plutôt un compilateur habile qu'un penseur original. Le chapitre unique qu'il consacre à la folie semble résumer les opinions qui régnaient alors parmi les médecins du monde gréco-romain. Il est le premier auteur qui ait signalé les hallucinations de la vue.

Evitant avec soin toute discussion théorique, Celse est un véritable éclectique ; mais, au fond, il reste attaché avant tout à la doctrine d'Hippocrate, modifiée sous quelques rap-

ports par les idées de son célèbre contradicteur, Asclépiade de Bithynie.

Ce dernier, dont les ouvrages ont péri, paraît avoir été l'un des plus puissants esprits de son époque. C'était, comme on dirait aujourd'hui, un matérialiste ; il explique tout par le mouvement des atomes. De ses idées médicales, nous ne voulons retenir que deux points : le premier, il établit la distinction entre les maladies aiguës et les maladies chroniques, distinction qui s'applique si justement à la folie ; le premier, il a créé le mot d'*aliénation mentale*, expression heureuse et d'un sens vraiment profond.

Le tableau de la psychiatrie antique resterait incomplet si nous laissions de côté ce grand érudit, ce grand physiologiste, ce grand résumateur de la science antique, qui s'appelle Galien. Ce grand homme, qui, par ses expériences, a jeté les fondements de toutes nos connaissances sur les fonctions du système nerveux, ne pouvait évidemment pas méconnaître le rôle que joue le cerveau dans les opérations de l'intelligence. L'âme rationnelle, d'après Galien, habite l'encéphale ; l'âme irrationnelle est placée dans le tronc, où elle se partage entre le cœur et le foie.

Mais quittons la psychologie de Galien pour nous occuper de ses idées en psychiatrie. Galien est un éclectique ; mais, bien plus enclin aux spéculations théoriques qu'à l'observation clinique, il reste très inférieur à Arétée pour ce qui touche à la description des maladies mentales.

Deux points importants se détachent cependant de son œuvre. Le premier, il distingue nettement le délire des maladies aiguës (phrénitis) de la vésanie ; et sur ce point il se sépare d'Hippocrate. Le premier, il joint à la manie et à la mélancolie la démence (ἄνοία) et l'imbécillité (μώρωσις), qui n'en est qu'un degré plus élevé ; et par là il prélude à la

classification des maladies mentales, qui subsiste encore aujourd'hui.

Reste, enfin, Cœlius Aurélianus, le dernier et le plus complet des psychiatres antiques. Sans parler de ses idées au point de vue de la pathologie mentale, c'est surtout par rapport au traitement qu'il s'est créé une place à part. Affranchi des traditions humorales, il ne reconnaît d'autres causes à la folie que les affections morales ou matérielles du cerveau. Mais c'est au point de vue du traitement qu'il semble avoir dépassé tous ses prédécesseurs. Il parle de l'isolement comme pourrait le faire Esquirol ; il prescrit la plus grande douceur envers les aliénés, et préconise la non-contrainte, comme le font aujourd'hui nos confrères en Angleterre. Enfin, sous le rapport de la thérapeutique, il sait allier de la manière la plus heureuse les moyens médicaux à la gymnastique intellectuelle et morale.

Ainsi, la psychiatrie antique, au moment où nous allons la perdre de vue, nous apparaît dans un état de haute perfection. Elle possède des notions aussi abondantes que précises sur les symptômes, le diagnostic et le pronostic de la folie ; elle formule, à l'égard du traitement, des principes qui ont fait l'honneur et la gloire des modernes qui les ont ressuscités, et sous le rapport des doctrines et des théories, elle n'a que l'embarras du choix (1).

Mais les jours de la civilisation ancienne étaient comptés. Une croyance nouvelle en sapait les bases ; et tandis que les assises de la société païenne s'écroulaient, des envahisseurs sauvages se précipitaient violemment sur la scène. A une religion nouvelle, il fallait un monde nouveau.

(1) On reconnaîtra facilement les emprunts que nous avons faits aux travaux de MM. Michéa, Sémelaigne et Trélat.

Au milieu de ces bouleversements, la science antique devait périr. Elle disparut, étouffée entre des moines d'un côté et des Allemands de l'autre ; et les tentatives plus ou moins heureuses du génie hellénique pour rattacher les faits de la nature à des lois fixes, immuables et vraiment scientifiques, furent submergées par un retour en arrière qui, sous l'impulsion de races primitives, ramena l'intelligence humaine vers les idées des temps primitifs.

C'est qu'en effet une civilisation n'est faite que pour les cerveaux qui l'ont enfantée. Les habitants des forêts germaniques apportèrent dans le monde romain leurs conceptions théologiques, superficiellement transformées par le christianisme. L'univers fut partagé entre le diable et les saints ; rien d'extraordinaire n'arriva sans une intervention surnaturelle ; et pendant que la science émigrait chez les musulmans, on vit la doctrine de la possession démoniaque, formulée par les platoniciens d'Alexandrie, reparaître sous une forme nouvelle et sur un terrain plus favorable. Ce n'est plus le gracieux délire inspiré par Apollon et les Muses, par Bacchus et Vénus ; ce sont les esprits infernaux qui apparaissent sur la scène et qui transforment en démoniaques ceux que le monde ancien regardait comme inspirés.

Telle fut l'origine de ces abus qui ensanglantèrent cette longue période où les aliénés, considérés comme des magiciens, payèrent trop souvent de leur vie les superstitions barbares de leur époque.

Mais, tout en rendant justice aux hommes éclairés et courageux, pour la plupart médecins, qui ont combattu ces monstruosités, au risque de leur sûreté et de leur vie, nous pouvons dire que ces temps, dont notre esprit se détourne avec répugnance, n'ont rien à voir avec l'esprit scientifique ni avec l'histoire de la science.

Ce qui est fait pour nous étonner le plus, c'est que la recrudescence la plus aiguë de cette persécution des aliénés coïncide avec le réveil de l'esprit moderne, avec le mouvement si gracieux et si littéraire qui porte le nom de Renaissance ; avec cette révolution profonde, avec cette réformation religieuse à laquelle Luther et Calvin ont présidé.

Les médecins les plus éminents du seizième et du dix-septième siècle, lorsqu'ils écrivent sur les maladies mentales, sont obligés de faire la part du diable et d'admettre que les démons interviennent souvent dans la production des troubles nerveux. J'aime à les croire sincères ; mais peut-être eût-il été dangereux de parler autrement, témoin ce fameux docteur Edeline qui, après avoir prêché publiquement contre l'existence des sorciers, fut poursuivi et condamné comme sorcier lui-même, après avoir fait l'aveu de son crime.

Il fallait donc, pour parler en sûreté, imiter la prudence de certains auteurs modernes qui, au moment d'émettre les propositions les plus subversives, protestent de leur dévouement à la foi. Mais, ce sacrifice une fois accompli, les grands médecins du seizième et du dix-septième siècle s'efforcent de ramener les esprits aux saines idées de la médecine ancienne ; les uns, comme Prosper Alpin, s'attachent à la clinique et à la description des symptômes morbides ; les autres, comme Sennert, à la psychologie ; ils sont les précurseurs de l'école allemande ; d'autres enfin, comme Plater, Sylvius, Lepois et le grand anatomiste Thomas Willis (1), s'efforcent de rattacher aux connaissances de

(1) M. Calmeil paraît confondre le grand anatomiste Thomas Willis avec l'aliéniste Francis Willis, qui vécut un siècle plus tard, et qui, chargé du traitement de Georges III, roi d'Angleterre, le fit bâtonner par ses gardiens (Calmeil, *De la Folie*, etc. Paris, 1845, t. I, p. 405).

l'époque d'ingénieuses théories sur la production des maladies mentales.

A ce moment nous voyons apparaître sur la scène un des hommes les plus remarquables que la civilisation moderne ait enfantés ; je veux parler de Stahl.

Certes, les idées de cet illustre médecin sont aux antipodes de toute l'éducation que nous avons reçue, et il faut un violent effort de l'intelligence pour se reporter à un état intellectuel aussi différent du nôtre.

Il le faut pourtant ; car, sans cet effort, il serait absolument impossible de comprendre un système qui a, pendant de longues années, joué un rôle immense en psychiatrie, et dont l'influence se fait encore sentir par certains côtés. Je vous demande donc un instant d'attention soutenue, vous promettant, d'ailleurs, de ne pas longtemps abuser de votre complaisance.

Placé en face du problème de la vie, Stahl est frappé d'une idée, que plus tard Bichat devait exprimer dans des termes sinon identiques, du moins fort analogues : l'instabilité des composés organiques en présence des forces du monde physique saisit avant toute chose son imagination, et lui fait envisager la vie comme une résistance perpétuelle à la mort.

La matière n'a pas en soi le principe de la durée ; abandonnée à elle-même, elle se désagrège et se transforme. Il faut donc à l'être vivant une force à la fois créatrice et conservatrice, dont les divers organes ne sont en quelque sorte que l'expression particulière.

Cette force, qui domine et gouverne la matière organisée au milieu de ses transformations incessantes, cette force, qui préside à ses évolutions normales, est aussi celle qui rétablit l'équilibre des fonctions quand il est troublé,

et qui prévient la maladie aussi longtemps que l'harmonie existe. Par elle, on s'explique la réaction mutuelle des diverses parties les unes sur les autres, et l'action de l'ensemble sur les parties. Enfin, c'est grâce à la connaissance de la loi qui préside à ses rapports avec la matière que le médecin parvient à comprendre, par la souffrance locale, ou par les manifestations d'un antagonisme maladif, ce que Stahl appelle l'*impulsion pathologique générale.*

Tel est donc le rôle prépondérant de l'âme dans le mécanisme de la vie : non seulement elle préside au fonctionnement de ces organes, auxquels elle a donné l'existence, mais encore elle rétablit l'harmonie quand l'équilibre naturel est ébranlé, et ramène l'ensemble du système à l'état normal.

Mais, puisque l'intention de la nature est toujours bonne, comment se fait-il que le résultat soit souvent déplorable?

Ici se place la nuisible et funeste intervention du péché.

Si le régime de l'économie est troublé, si l'économie périclite, c'est, d'après Stahl, parce que l'idée elle-même est troublée; c'est parce que l'homme a désobéi à la mission providentielle qu'il avait reçue; c'est, en un mot, parce que le péché originel et les péchés individuels ont perverti les tendances de l'âme; or, toute tendance de l'âme contraire aux lois morales est l'origine d'un trouble de la santé. Stahl finit donc par arriver à la conception de la moralité comme source de tout ordre dans la vie du corps et de l'entendement; et, d'autre part, à l'immoralité comme point de départ de tout désordre, soit physique, soit mental.

Tel est, comme l'a fort bien démontré M. le professeur

Lasègue, le point de départ de l'école psychologique allemande, ainsi qu'on l'appelle en psychiatrie.

Le mal moral une fois admis comme origine du mal physique, rien de plus naturel que d'y faire rentrer les troubles de l'intelligence. Car, si le péché peut donner la fièvre, à plus forte raison peut-il engendrer la folie.

Je ne saurais entreprendre ici, messieurs, de vous exposer les idées de Langermann, le fondateur de l'école, celles de son élève Ideler et de ses nombreux successeurs. Le temps nous oblige à limiter nos études et à concentrer toute notre attention sur l'homme qui représente le plus complètement le système, et qui l'a formulé de la manière la plus absolue ; il en est l'expression la plus élevée, la véritable incarnation.

Heinroth, un des meilleurs élèves de Pinel, professeur de psychiatrie à Leipzig, membre de la Société royale de Londres, correspondant de notre Académie de médecine, a été l'un des aliénistes les plus distingués du siècle et l'un des rares Allemands qui ont aimé la France. A ces titres divers, il mérite assurément toute notre attention. Ses doctrines sont aussi complètement éloignées que possible de nos opinions modernes, et c'est précisément à cause de cette opposition qu'il nous intéresse, comme le représentant le plus accompli d'une race de puissants esprits, aujourd'hui presque complètement éteinte.

L'homme vit, en tant qu'homme, dit Heinroth, par la raison.

Mais, avant d'atteindre ce dernier échelon, l'intelligence doit parcourir bien des étapes. Au premier degré, l'enfant n'a qu'une existence objective, il ne vit que par les sens ; au deuxième degré, l'individualité perdue jusque-là dans le monde extérieur se replie sur elle-même. Le moi se des-

sine en opposition avec le non-moi, avec les phénomènes qui se passent hors de lui ; c'est un arbre dont les racines sont cachées dans la terre et dont le sommet est dans les cieux. A ce deuxième degré, que ne dépassent jamais la plupart des hommes, la vie entière est remplie par la lutte avec les obstacles extérieurs ; il n'y a rien de plus pour l'homme que lui et le monde.

Mais, au dernier terme du perfectionnement humain, un élément jusqu'alors inconnu fait son apparition sur la scène ; cet élément nouveau, c'est la conscience, qui vient prendre sa place et commander.

Tant que nous nous laissons mener par elle, une merveilleuse harmonie s'établit entre nous et le monde extérieur ; il y a unité dans la vie de l'homme, parce qu'il y a conformité avec sa mission ; partout où règne la conscience, il n'y a plus de guerre.

La santé n'est donc que l'harmonie merveilleuse de nos pensées et de nos désirs, accompagnée de la jouissance qui s'attache providentiellement à l'accomplissement intégral d'une fonction. Au contraire, la maladie commence quand les ressorts de l'organisme ont perdu leur unité d'action.

Or, l'homme qui vit en lui-même sait s'abstraire du monde extérieur ; mais celui qui se laisse saisir par le monde est, au contraire, agité par des désirs sans cesse renaissants. On souffre, on a des craintes, et le fruit de ce douloureux enfantement, c'est la passion.

L'origine des troubles de la raison est tout entière dans ce travail intime ; c'est une diathèse sans laquelle les accidents extérieurs ne sauraient créer la folie ; c'est ainsi que Heinroth arrive à formuler cette pensée profonde : « La folie est une maladie de l'être tout entier. »

Quand la sensibilité cesse d'avoir son guide naturel, qui

est la conscience, sa première manifestation, c'est l'égoïsme; l'individu, n'obéissant plus qu'à ses goûts personnels, se trouve dans un état vague de malaise et d'indécision. Plus la raison diminue pour faire place à la sensibilité, plus celle-ci domine; elle finit par régner seule et sans frein; il ne manque plus alors qu'un seul élément pour produire la folie, c'est l'excitation. C'est là ce que Heinroth appelle *l'état de maturité*.

La perte de la raison n'est autre chose que la suspension durable de la liberté, se liant soit à l'état de santé apparente, soit à l'état de maladie confirmée, et altérant, dans la sphère de l'influence morbide, le sentiment, l'esprit et la volonté. Ainsi, la perte de la liberté est le fait dominant; l'absence de moralité est la cause première.

Il en résulte que le meilleur préservatif contre la folie est l'attachement aux vérités de la religion chrétienne.

Quant au traitement, sans négliger la santé physique, il doit être surtout moral. Combattre l'excitation ou la dépression pour les ramener à leurs justes limites et substituer, par une cultivation rationnelle, des facultés nouvelles à celles qui ont été frappées par la folie: telle est la meilleure des thérapeutiques.

Aux objections que soulève une pareille théorie, Heinroth répond avec une grande présence d'esprit, et quand on lui demande pourquoi tant de gens vicieux et même criminels ne deviennent point aliénés, il réplique que le vice et la folie sont les aboutissants de deux séries divergentes, qui, l'une et l'autre, ont le péché pour point de départ (1).

Heinroth eut de nombreux admirateurs et forma de nom-

(1) Nous avons emprunté les éléments de cette rapide analyse à l'excellent travail de M. le professeur Lasègue (*Ann. méd.-psych.*, t. III, 1844).

breux élèves, dont le plus célèbre fut Beneke, qui, tout en modifiant quelque peu les idées du maître, les défendit avec résolution.

On comprend plus facilement l'opposition vigoureuse que de telles doctrines devaient soulever. L'école somatique allemande, qui s'efforce de prouver que toute folie tient à des lésions physiques, eut pour chef Nasse, le célèbre professeur de psychiatrie de Bonn. Il fut suivi par Friedreich, Vering, Amelung et plusieurs autres psychiatres dont je ne veux point énumérer les noms. Mais le plus vigoureux partisan des doctrines somatiques est Jacobi, qui, dans son ardeur à chercher des lésions chez les aliénés, devint, on peut le dire, le fondateur de la folie sympathique. Il cherche, en effet, des lésions extra-céphaliques pour justifier l'explosion de la folie, qui devient alors une simple manifestation des maladies organiques.

Il fut suivi dans cette voie par l'illustre et vénérable Schrœder van der Kolk, qui, dans son ouvrage sur l'aliénation mentale, établit deux divisions : la folie cérébrale et la folie sympathique, et la part qu'il attribue à cette dernière est de beaucoup la plus importante.

Sans aller aussi loin, nous pouvons dire que l'école somatique a remporté aujourd'hui une victoire complète, et que ses doctrines, représentées par le traité classique de Griesinger, sont universellement adoptées en Allemagne. En un mot, la psychiatrie, comme l'a dit Krafft-Ebing dans un ouvrage récent, a conquis enfin sa place parmi les sciences naturelles.

Mais il nous faut revenir en arrière. Historien des idées, je n'ai point cherché à suivre l'ordre chronologique, et pour mettre face à face les deux doctrines les plus diamétrale-

ment opposées, j'ai dû laisser un instant dans l'ombre les origines de notre école française ; — de cette école qui, pendant si longtemps, a dominé la science, non seulement en France, mais dans le monde entier. Il est temps maintenant d'y revenir ; il est temps d'analyser les principes qui ont servi de base à notre éducation, de suivre les déviations progressives qui nous en ont insensiblement éloignés, et de constater enfin à quel point nous sommes actuellement arrivés, et c'est par cette étude qu'il convient de terminer cette leçon.

Esquirol et Pinel, ces deux noms à jamais inséparables, représentent pour la postérité les mêmes idées, le même système ; le maître est complété par l'élève, le philosophe par le clinicien ; et malgré quelques différences de détail, l'accord est complet, sur tous les points fondamentaux, entre ces deux esprits, si bien faits pour se comprendre et pour se compléter.

Quand on parcourt pour la première fois le traité de Pinel, on se demande comment ce petit livre de quelques centaines de pages, et qui n'a eu que deux éditions, — ce n'est pas un succès de librairie, comme vous le voyez, — on se demande comment ce petit livre a pu opérer une révolution si profonde. C'est que, derrière le livre, il y avait un homme ; un homme d'un esprit véritablement supérieur et d'un caractère éminemment sympathique ; — un homme, enfin, doué de cette précieuse faculté de former des élèves, qui constitue le moyen le plus sûr et la plus noble manière de parvenir à la postérité.

C'est surtout au point de vue du traitement des aliénés, c'est au point de vue humanitaire et pratique que les efforts de Pinel ont frayé une voie nouvelle. Le moyen âge éprouvait pour les fous une répulsion instinctive ; quand il ne les

brûlait pas comme sorciers, il les redoutait comme insensés et les maltraitait comme tels. Le dix-huitième siècle, affranchi des superstitieuses terreurs des époques précédentes, subissait encore l'influence des préjugés vulgaires qui inspiraient autrefois à nos pères une si profonde antipathie pour les aliénés ; et sans vouloir méconnaître les sentiments d'humanité qui font honneur à quelques-uns des anciens et à plusieurs des modernes, on doit avouer que Pinel semble avoir été le premier aliéniste qui ait vraiment éprouvé des sentiments d'affection pour ses malades, le premier qui ait compris qu'en dépit de leur profonde infortune, ils n'étaient point déchus de la dignité humaine ; et sous ce point de vue le grand réformateur a été véritablement l'homme de son temps ; car au moment où les abus de l'ancienne société disparaissaient de toutes parts, balayés par un vent de tempête, il a fait pénétrer dans le domaine de la médecine mentale le souffle puissant de la Révolution française.

Mais, à côté du philanthrope, il y avait, chez Pinel, un médecin rempli de tact, de sagesse et de bon sens. — On a dit et répété à satiété que Pinel a fait tomber les chaînes des aliénés ; on oublie trop souvent de dire qu'il leur a rendu un service non moins important en les délivrant de la phlébotomie et en les empêchant de mourir de faim. L'excès de la saignée et l'insuffisance des aliments étaient, en effet, avec l'abus des moyens coercitifs, les causes principales du pitoyable état où il a trouvé les aliénés ; et ce sera son éternel honneur d'avoir opéré, à cet égard, une révolution profonde et radicale.

Mais, bien que le côté pratique et médical l'emporte sur tous les autres, dans l'œuvre de Pinel, il s'y rencontre un côté théorique, qui constitue un véritable code de l'aliéna-

tion mentale ; et ce code, modifié sur quelques points par Esquirol, est celui qui nous régit encore aujourd'hui ; car pendant longtemps on ne pouvait s'en écarter sans courir le risque, non seulement d'être accusé d'hérésie, mais encore de passer pour ignorant, ce qui est infiniment plus grave.

On peut résumer cette doctrine en quelques propositions fondamentales :

1° La folie proprement dite est absolument distincte du délire des maladies aiguës.

2° Point de lésions anatomiques dans la folie ; celles qu'on rencontre parfois sont les conséquences et non les causes de la maladie.

3° Le grand remède, pour les maladies de l'esprit, c'est la séquestration, c'est l'isolement. Les moyens ordinaires qui s'appliquent aux maladies du corps ne jouent ici qu'un rôle très secondaire (1).

4° L'aliéniste doit s'appliquer à l'étude clinique des maladies mentales, mais en suivant les procédés des psychologues, et en appliquant aux lésions de l'entendement les procédés de l'observation médicale.

5° Enfin, l'importance d'une classification méthodique devait être l'une des principales préoccupations de l'auteur de la *Nosographie philosophique*, qui a transporté dans la psychiatrie les notions qu'il avait empruntées à l'histoire naturelle.

La manie, la mélancolie, la démence, étaient des formes

(1) « On doit toujours regarder les médicaments comme des moyens accessoires, dont on fait un usage d'autant moins indiscret, qu'on a des vues plus étendues et des ressources plus assurées dans l'ensemble des autres moyens moraux et physiques. » (Pinel, *Traité de l'aliénation mentale*, 2e édit. Paris, 1809, p. 356.)

presque universellement admises. Pinel y ajoute l'idiotie, sans donner à ce mot le sens que nous y attachons aujourd'hui. Esquirol complète la série par la création de la monomanie, et le système se trouve ainsi définitivement fondé.

Pendant de longues années, les doctrines d'Esquirol et de Pinel ont eu force de loi, surtout en France, et trois générations d'aliénistes se sont élevées à leur ombre. — Mais on ne saurait indéfiniment arrêter la marche progressive de l'esprit humain ; et le majestueux édifice, qui nous a si longtemps abrités, semble aujourd'hui s'affaisser de toutes parts.

C'est par les anatomistes, comme on devait s'y attendre, que la réaction a commencé. La négation presque absolue des lésions matérielles ne pouvait manquer de rencontrer des contradicteurs ; et, sans parler des colères mémorables de Broussais, des travaux appuyés sur des bases plus positives venaient ébranler l'une des assises fondamentales du système. Dès 1816, Rostan commence à la Salpêtrière ses études sur le ramollissement cérébral ; il se voit entouré d'une vaillante escorte d'hommes jeunes, actifs, entreprenants, dont les plus célèbres se sont appelés Georget, Falret et Calmeil ; au même moment Bayle entrait à Charenton sous les auspices de Royer-Collard ; on étudie avec ardeur la méningite, l'encéphalite chronique, et l'on voit bientôt se produire l'évènement scientifique le plus important du siècle, du moins en psychiatrie, j'entends la découverte de la paralysie générale.

Et cependant les auteurs eux-mêmes de cette grande découverte sont restés profondément orthodoxes ; la paralysie générale étant mise de côté, il reste entendu que les autres genres de folie ne comportent point de lésions ; et l'on ira si loin dans cette voie, que Georget, dépassant les idées de

ses maîtres, viendra déclarer un jour qu'il n'existe point de folies sympathiques, supprimant ainsi d'un seul coup toute une série de causes physiques de l'aliénation mentale. — Vous avez pu mesurer tout le chemin qu'a fait depuis lors l'idée d'une corrélation intime, d'un rapport de cause à effet, entre les troubles de l'esprit et les affections des organes les plus éloignés de l'encéphale.

En France, c'est Lallemand qui le premier donne l'impulsion à ce mouvement. L'influence des pertes séminales sur certaines formes de vésanie a été peut-être exagérée par cet auteur célèbre; il n'en a pas moins rendu un immense service, en démontrant que l'hypochondrie, l'affaissement moral, la mélancolie poussée jusqu'au suicide, pouvaient quelquefois reconnaître cette cause. De nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons plus spécialement celui de M. Lisle, sont venus confirmer les idées de Lallemand, qu'on peut ranger aujourd'hui au nombre de ces vérités qu'on ne discute plus.

Esquirol, on peut le dire, a créé la folie puerpérale; mais les affections utérines, dont Pinel avait déjà signalé l'influence, sont aujourd'hui l'une des causes les mieux reconnues de l'aliénation mentale, ainsi que l'ont établi les recherches de Guislain, de Bazin, de M. Azam (de Bordeaux); et la folie utérine est placée au-dessus de toute contestation.

Esquirol avait indiqué la possibilité d'un rapport entre les lésions intestinales et la folie; et c'est sans doute en s'inspirant de cette idée que notre grand pyrétologue Louis, le créateur de la fièvre typhoïde, attribue aux lésions des plaques de Peyer le délire qui survient souvent dans cette maladie. Cette idée de Louis trouverait aujourd'hui peu de partisans; mais l'influence de l'estomac et du tube intesti-

nal sur le développement des maladies mentales n'est aujourd'hui contestée par personne.

Vient ensuite le tour des affections du foie, des maladies du cœur, de la phthisie pulmonaire; nous avons vu naître la folie cardiaque, la folie hépatique; et l'on semble reconnaître aujourd'hui qu'il n'est pas un seul point de l'économie dont les lésions ne puissent se traduire, chez les sujets prédisposés, par un trouble psychique. L'ensemble de ce grand mouvement se trouve résumé dans l'excellente thèse de M. Ch. Loiseau et dans la discussion à laquelle ce travail a donné lieu au sein de la Société médico-psychologique.

Il ne s'agit là, dira-t-on, que d'un épanouissement plus complet des idées déjà émises à l'état rudimentaire par Esquirol et Pinel. Mais qui ne voit combien le domaine des vésanies pures, des folies sans lésions appréciables, se trouve rétréci par cette manière nouvelle d'envisager les choses?

Si l'on ajoute à cette énumération rapide et forcément incomplète la découverte de la marche ascendante des maladies de la moelle épinière vers l'encéphale, qui transforme les ataxiques et les paraplégiques en paralytiques généraux et en déments; si l'on tient compte des recherches modernes sur la composition du sang, sur l'état du pouls chez les aliénés, sur l'influence des diathèses et de divers états physiologiques sur les manifestations de la folie, on comprendra sans doute que l'axe de la médecine mentale s'est entièrement déplacé, et que nous ne gravitons plus autour de la psychologie. Cliniciens et observateurs comme au temps de nos grands maîtres, nous portons plus volontiers notre attention sur les maladies du corps que sur les perturbations de l'entendement, et nous ne consentons plus,

suivant l'expression de Falret, à devenir les secrétaires de nos malades et à écrire sous leur dictée.

Mais il est d'autres points sur lesquels la contradiction est encore plus radicale. L'axiome fondamental, l'idée maîtresse du système, c'est que la folie vraie est absolument indépendante et distincte du délire des maladies aiguës. Or nous voyons l'un des doyens et des chefs de la médecine mentale, mon excellent maître et ami M. Moreau (de Tours), exprimer ouvertement l'idée qu'il n'existe aucune distinction radicale entre le délire et la folie, qu'il va même jusqu'à comparer à des faits parfaitement physiologiques, le rêve et le sommeil; et cependant M. Moreau (de Tours) ne me contredira pas sans doute si je le range parmi les orthodoxes; sur ce point cependant, et c'est un point d'une importance capitale, il faut le classer parmi les opposants.

Enfin, nous l'avons vu, dans les doctrines de l'école, c'est l'isolement qui se présente comme la panacée universelle, ou du moins comme le premier et le plus important de tous les moyens de traitement. Une réaction contre l'excès de ce principe, dont il serait difficile de contester au fond l'exactitude et la sagesse, une réaction d'autant plus vive qu'elle a été longtemps comprimée, se manifeste avec une, intensité toujours croissante depuis plusieurs années.

On a fait l'éloge de l'établissement neuf fois séculaire de Gheel; on a préconisé les colonies d'aliénés, la vie familiale, on a même été jusqu'à vouloir dépeupler les asiles et les maisons de santé. Nulle part ce mouvement n'a été plus accentué qu'en Angleterre, et Blandford, l'un des aliénistes les plus accrédités d'outre-Manche, exprime l'opinion que bien des malades seraient plus heureux et plus sagement gouvernés dans leur famille que dans un établissement spécial.

Ainsi, vous le voyez, il n'est pas un seul point de la doctrine classique qui n'ait été discuté, retouché, je dirais presque ébranlé à force d'être remanié. Reste enfin la classification, qui subsiste encore, et c'est pourtant la partie la moins solide et la plus critiquable de l'œuvre.

Certes, on ne saurait reprocher aux fondateurs de l'école française d'avoir accepté et conservé les noms de manie, de mélancolie, de démence, qui remontent au berceau même de la médecine. Pinel y ajoute l'idiotie, Esquirol la monomanie. Chacune de ces divisions peut devenir l'objet d'une discussion. Mais il est une considération plus générale qui domine tout l'ensemble du sujet.

Une seule et même maladie, une seule et même lésion, tout en conservant sa physionomie clinique et son individualité propre, peut donner lieu à toutes les formes du délire.

Prenons pour exemple la paralysie générale; elle se manifeste par la folie ambitieuse, par la mélancolie, par la fureur, par l'hypochondrie, par la démence, par un affaiblissement de l'intelligence : et pourtant c'est toujours la paralysie générale, et jamais un observateur exercé n'éprouvera la moindre hésitation à cet égard.

Voilà donc des malades qui, par le fait même de la lésion encéphalique dont ils sont atteints, se trouvent hors cadre. J'en dirai autant des alcooliques, des épileptiques et des hystériques. N'est-il donc pas évident que ces divers phénomènes d'excitation et de dépression ne sont que des symptômes tantôt permanents, tantôt transitoires et pouvant alterner entre eux, comme dans la folie circulaire?

Si, maintenant, pénétrant dans les détails, nous cherchons à discuter chacune des formes de délire dans lesquelles on a voulu circonscrire l'aliénation mentale, l'in-

suffisance d'une classification pareille éclatera bien plus vivement à vos yeux.

Prenons cet ensemble d'états psychiques divers qu'on a décrits sous le nom de *manie.*

Voici un malade dans un état d'agitation suraiguë, parlant, vociférant, s'agitant, crachant sans cesse ; il profère avec volubilité des mots sans suite; il répète à chaque instant les mêmes expressions d'une voix haletante et saccadée; cet homme, dont l'état semble si voisin du délire aigu, c'est un maniaque.

Mais j'aperçois un autre malade, dont l'intelligence, loin d'être abolie, est manifestement plus active qu'à l'état normal; il jouit d'une mémoire prodigieuse, d'une facilité d'élocution remarquable, et la rapidité surprenante de ses conceptions s'unit à une activité morbide, à un grand désordre d'action. C'est encore un maniaque ; mais comment le rapprocher du cas précédent, et qui songerait à prétendre que ces deux sujets sont atteints d'une seule et même maladie ?

D'autres maniaques nous offriront une prédominance d'idées tristes. D'autres nous offriront le spectacle d'une manie intermittente ou périodique; d'autres enfin seront atteints de folie à double forme et présenteront des alternatives régulières d'excitation et de dépression. Comment réunir dans un seul et même cadre des affections si diverses, et quel avantage peut-on retirer de ce rapprochement forcé, soit au point de vue de la science, soit au point de vue de l'enseignement ?

Quant à la lypémanie d'Esquirol, la critique serait encore plus facile ; il nous suffira de rappeler que, grâce à M. Baillarger, nous savons aujourd'hui qu'il faut diviser les mélancoliques en deux groupes bien distincts : les uns

représentent la mélancolie dépressive, la tristesse avec stupeur et sans idées prédominantes ; les autres, au milieu de leur délire triste, conservent une grande activité d'esprit et n'offrent pas la moindre tendance à la stupeur. Ce ne sont évidemment pas les mêmes malades.

Il faudrait également réclamer une place à part pour les mélancoliques anxieux, pour les gémisseurs de Guislain et de Morel, qui se promènent sans cesse de long en large, comme les âmes du purgatoire, en répétant toujours les mêmes paroles.

Reste enfin la lypémanie consciente, sans délire, qu'on ne saurait confondre avec aucune des variétés précédentes.

Nous arrivons maintenant à la monomanie, l'une des créations les plus contestables et les plus contestées d'Esquirol. Je ne m'arrêterai pas à discuter s'il existe ou non des délires limités, partiels, ou s'il faut dire avec Heinroth : « La folie est une maladie de l'être tout entier » ; je me contenterai de vous dire que la monomanie, déjà fort compromise par la découverte de la paralysie générale, a reçu le coup de grâce lorsque M. Lasègue a créé le délire des persécutions. Lisez, en effet, ou plutôt relisez le travail d'Esquirol sur les monomanies, vous n'y trouverez que des paralytiques, des persécutés et des impulsifs ; ces trois catégories une fois soustraites, s'il existe un résidu, rien ne saurait justifier la prétention de lui réserver une place à part.

Il n'est pas jusqu'à la démence elle-même qui, jetée au creuset de l'analyse, ne finisse par s'y fondre et s'évaporer. En effet, une grande partie de ceux qu'on appelait autrefois des *déments* ne sont, en réalité, que des sujets atteints de maladies cérébrales organiques : la paralysie générale, le ramollissement, l'hémorrhagie cérébrale, les tumeurs,

la syphilis cérébrale y apportent chacun leur contingent.

Quant à la démence aiguë d'Esquirol, elle appartient, depuis le travail de M. Baillarger, à la mélancolie avec stupeur.

La démence ordinaire des aliénés n'est, en réalité, qu'un délire chronique, et, le plus souvent, un délire des persécutions.

Il ne reste donc plus au fond du creuset que les incohérents; c'est là d'ailleurs un résidu peu important; leur nombre est minime relativement à celui des autres aliénés, et d'ailleurs, quand on en gratte la surface, presque toujours on découvre les traces d'un délire ancien, qui persiste encore.

Si la classification d'Esquirol et de Pinel pèche par ce qu'elle contient, elle pèche bien plus encore par ce qu'elle ne contient pas.

On n'y voit figurer ni les formes délirantes, si riches et si variées, qui se rattachent aux névroses convulsives, ni celles qui résultent des grandes diathèses, qui, parmi leurs manifestations directes, comptent des troubles intellectuels si bien caractérisés; ni l'alcoolisme et les folies toxiques, qui, dans l'état actuel de notre civilisation, jouent un rôle de plus en plus important; ni enfin la grande famille des folies héréditaires, qui constitue aujourd'hui l'un des groupes les plus naturels dans l'ordre des maladies mentales.

Sans doute, l'influence de la plupart de ces causes était reconnue, et elle trouvait une place à côté des causes morales, auxquelles ces observateurs illustres ont toujours attribué le rôle principal; mais ils n'ont jamais songé à en former des groupes spéciaux, ni à leur accorder, pour ainsi dire, une existence indépendante. On peut même ajouter

que cette manière de voir aurait été radicalement opposée aux principes généraux, qui les ont toujours portés à subordonner, dans leur système, les phénomènes physiques aux troubles de l'intelligence et du sentiment.

Sans doute, il serait profondément injuste de reprocher à ces grands hommes de n'avoir point fait ce que nul à leur époque ne pouvait faire : ils ont largement profité des connaissances acquises, ils les ont libéralement augmentées, ils en ont tiré les conclusions qu'il était alors possible d'en tirer. Ils étaient de leur temps ; nous ne serions plus du nôtre si nous pensions absolument comme eux. Pourquoi se dissimuler les imperfections de leur œuvre? elle suffit amplement à leur gloire et à la gloire de notre pays.

Si j'ai cherché, messieurs, à mettre en lumière le côté faible de la théorie classique, ce n'est point, à coup sûr, pour vous en proposer une autre. Nous vivons à une époque de transition, où nul ne saurait tenter une semblable entreprise sans s'exposer à une défaite certaine ; mais, en vous montrant le travail qui s'est opéré depuis un demi-siècle en psychiatrie, je suis resté fidèle à mon rôle d'historien, et j'ai cherché à vous rendre, dans une rapide esquisse, la physionomie du temps où nous vivons. On peut en tracer rapidement les contours.

Un de ces courants irrésistibles, qu'il est impossible de remonter, nous porte à chercher partout les lésions physiques, les causes matérielles de l'aliénation mentale. Sans doute, on ne fait pas deux fois en un siècle une découverte comme celle de la paralysie générale ; mais on s'efforce de plus en plus de restreindre le champ de la folie sans lésions, et on y réussit incontestablement dans une certaine mesure.

D'un autre côté, les progrès de la physiologie, qui, nulle part, n'ont été plus rapides que pour ce qui touche au système nerveux, nous ont révélé le rôle immense que jouent les phénomènes automatiques dans toutes les fonctions de l'économie, et plus spécialement dans la vie intellectuelle. Les mots d'*automatisme cérébral*, de *cérébration inconsciente*, sont l'expression d'une série tout entière de faits d'une importance capitale, et qui sont destinés à jouer un rôle immense en psychiatrie.

Il est une autre province de notre domaine qui attire aujourd'hui une attention plus soutenue que jamais : je veux parler de la *morphologie*. Parmi les grands observateurs qui, depuis l'antiquité, se sont occupés des maladies mentales, il n'en est aucun qui n'ait senti l'importance de la forme, du volume et des anomalies de l'encéphale ; mais l'imperfection des connaissances opposait alors une barrière presque insurmontable au progrès, et ce n'est guère que chez les idiots, les imbéciles et les dégénérés, que cette étude avait donné des résultats sérieux. Aujourd'hui que tant d'esprits distingués, parmi lesquels je suis heureux de citer M. le professeur Broca et mon vieil ami le docteur Luys, s'occupent de ces questions avec une si grande ardeur ; aujourd'hui que l'anthropologie est fondée et qu'une analyse plus pénétrante que jamais tend à nous faire connaître jusque dans les moindres détails l'encéphale de toutes les races humaines, il est permis d'espérer que la pathologie mentale à son tour pourra trouver dans cet ordre d'idées ce que l'anatomie morbide est restée impuissante à lui donner.

Enfin, le rôle de plus en plus prépondérant de l'hérédité en aliénation mentale nous porte à considérer la folie, chez un grand nombre de ses tributaires, comme « une

maladie qui finit » et non comme une maladie qui commence ; comme un vice de conformation primordiale de l'intelligence plutôt que comme le résultat d'une crise accidentelle ; et, en cela, nous ne faisons que développer l'une des idées les plus justes et les plus fécondes des maîtres de l'école française.

Il est cependant à peu près certain, ou, pour emprunter le langage des mathématiciens, il est certain qu'il est probable que, malgré tous nos efforts, il restera toujours une quantité irréductible dans le problème de l'aliénation mentale, et qu'une clarté complète n'en éclairera jamais toutes les profondeurs.

Mais il ne m'appartient pas de faire ici le métier de prophète, et mon rôle d'historien est fini. Qu'il me soit donc permis de résumer en peu de mots les conclusions qui me paraissent découler de cette rapide excursion à travers les siècles. On peut les réduire à trois points principaux :

En premier lieu, le respect des ancêtres. C'est en approfondissant les difficultés du sujet qu'on parvient à comprendre le mérite de leurs efforts et l'immensité des services qu'ils nous ont rendus.

En second lieu, le culte de l'observation clinique. Ne voyons-nous pas qu'à toutes les époques les grands observateurs qui ont étudié l'aliénation mentale nous ont laissé des tableaux impérissables et qui resteront éternellement vrais, tandis que le temps a fait justice des diverses théories qui se sont successivement disputé la prépondérance? Travaillons donc à bien observer ; soyons cliniciens avant tout, et c'est ainsi que nous serons les héritiers légitimes d'Esquirol et de Pinel.

Enfin le scepticisme ; et je n'entends point par là cette disposition morbide de l'esprit qui nous fait accueillir avec une

ironie banale toutes les conceptions nouvelles, et qui deviendrait à la longue plus nuisible aux véritables intérêts de la science que la crédulité la plus enfantine. J'entends par scepticisme cette vertu négative qui consiste à ne jamais accepter un fait sans le vérifier, une idée sans la discuter, et qui nous apprend à ne céder que lorsque l'esprit accablé finit par ployer sous le fardeau des preuves ; alors, mais seulement alors, on se rend, mais avec la conviction de n'avoir point cédé aux entraînements de l'imagination et de ne s'être incliné que devant la vérité. En subissant cette discipline, on court le risque de ne point marcher en tête de son siècle ; mais on a du moins l'avantage de ne point porter le deuil de ces hypothèses dont l'éclosion est si rapide et dont la vie est si éphémère.

Tels sont, messieurs, les principes que je voudrais faire pénétrer dans vos esprits et qui domineront l'ensemble de mon enseignement. Je ne me dissimule point les difficultés de l'entreprise ; mais je l'aborde avec confiance, soutenu par le sentiment du devoir, et connaissant d'avance toute la sympathie avec laquelle vous savez accueillir les hommes de bonne volonté.

DEUXIÈME LEÇON

DE LA FOLIE EN GÉNÉRAL.

SOMMAIRE. — Objet de ce cours. — Définition de la folie. — Définition de l'aliéné. — Nécessité d'étudier cette question au point de vue de la physiologie intellectuelle. — Le travail de l'esprit coïncide avec des phénomènes d'ordre physique. — Insuffisance de la métaphysique, dans les questions qui relèvent de la pathologie mentale. — Il faut s'adresser surtout aux conditions matérielles des phénomènes intellectuels. — Le travail cérébral nécessite toujours une perte de substance. — La pensée est une force qui se manifeste au dehors par des mouvements. — De l'automatisme en général. — De l'automatisme appliqué aux phénomènes intellectuels. — Cérébration inconsciente. — Inspiration du génie. — Rêves. — Somnambulisme. — Délire. — Rapports de la pensée et du mouvement. — Etats convulsifs de l'intelligence. — Formes du délire. — Lésions anatomiques de la folie. — Conclusion.

MESSIEURS,

Les *maladies mentales*, que l'on considère habituellement comme une famille distincte, comme un monde à part dans l'ordre pathologique, sont cependant unies par les liens les plus intimes, par la parenté la plus étroite, aux affections organiques et aux désordres fonctionnels du système nerveux et à l'ensemble des troubles physiques dont l'économie peut devenir le siège. Rien n'est donc plus contraire au véritable esprit scientifique et au courant des idées modernes que d'isoler la psychiatrie des autres branches des sciences médicales ; et, dans le cours de cet enseignement, nous n'aurons point de préoccupation plus constante que de faire ressortir toute l'importance de cette donnée fondamentale.

Mais c'est aujourd'hui par un autre côté que nous voulons aborder la question. Avant de nous plonger dans l'étude détaillée des perturbations de l'entendement, nous voulons jeter un regard d'ensemble sur la Folie envisagée au point de vue le plus général. C'est donc à la psychologie morbide que nous voulons seulement nous attacher, et ce sont, par conséquent, ces phénomènes intellectuels qui jouent incontestablement le rôle prépondérant en pathologie mentale qui doivent attirer les premiers notre attention. Mais, au seuil même de la question, une difficulté nous arrête. Comment définir la folie?

Je serais disposé, je l'avoue, à me ranger sur ce point à l'avis de Condillac, et j'admettrais volontiers qu'une définition trouve mieux sa place à la fin d'un cours qu'à son commencement; néanmoins, il me semble difficile de m'embarquer avec vous pour un aussi long voyage, sans savoir du moins quel est le port que nous voulons atteindre.

Je me contenterai donc de vous rappeler la définition classique d'Esquirol : *La folie est une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, et caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté.*

Malgré ses imperfections, que nous sentirons de plus en plus vivement à mesure que nous pénétrerons au cœur de la question, cette formule donne une idée assez nette et assez précise du sujet pour que nous puissions, à titre provisoire, nous en contenter.

Mais il ne suffit pas, messieurs, de définir l'aliénation mentale; il faut encore définir l'aliéné, et c'est là, bien certainement, au point de vue social, la partie la plus intéressante du problème que nous avons à résoudre.

On peut, je crois, définir l'aliéné : un homme qui, par suite d'un trouble profond des facultés intellectuelles, a

perdu plus ou moins complètement sa liberté morale et a cessé, par conséquent, d'être responsable de ses actions devant la société (1).

Mais où commence la responsabilité? où finit-elle? Questions redoutables, qu'il est peut-être impossible de résoudre d'une manière absolue, et dont on ne peut, en tout cas, aborder la discussion sans entrer tout d'abord dans quelques considérations préliminaires.

Pour se faire une idée nette (autant que la chose est possible) de ce que nous devons penser à cet égard, il faut, de toute nécessité, effleurer l'étude de la physiologie intellectuelle, qui diffère, à beaucoup d'égards, de ce qu'on est convenu d'appeler la psychologie.

S'il est un principe universellement admis de nos jours, c'est que le travail de l'esprit coïncide avec des phénomènes d'ordre purement physique.

Cette corrélation intime, qui, à vrai dire, n'a jamais été sérieusement contestée, ne préjuge rien sur la nature intime du principe immatériel. En effet, si nous admettons, avec Platon, que l'homme est *une intelligence servie par des organes,* ou, pour traduire plus exactement son langage, *un esprit qui se sert d'un corps*, nous serons forcément amenés à reconnaître que les opérations de l'esprit doivent s'accompagner de modifications correspondantes dans l'état des organes qui lui obéissent.

Ainsi, pour apprécier le mécanisme des fonctions intellectuelles, deux méthodes parallèles nous sont offertes, deux

(1) On nous permettra sans doute d'invoquer ici le témoignage d'un de nos aliénistes les plus éminents. Le fait vraiment essentiel de la folie, dit M. Baillarger, « c'est la perte du libre arbitre. » Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. Doumic, p. 69 (note). Paris, Delahaye, 1873.

chemins différents nous sont ouverts. Comme métaphysiciens, nous pouvons nous isoler du monde extérieur, pour écouter les révélations du sens intime ; comme médecins, nous pouvons nous cantonner dans l'analyse de la partie purement matérielle du phénomène qu'il s'agit d'étudier. A laquelle de ces deux méthodes (s'il faut en choisir une) donnerons-nous la préférence ?

Je ne veux nullement médire de la métaphysique : loin de là, je la considère comme le résultat des plus nobles efforts de l'esprit humain ; et en présence des immenses services qu'elle a rendus au développement intellectuel chez toutes les nations civilisées, je ne songe même pas à lui reprocher les contradictions qu'elle a si souvent enfantées. Mais, sans lui manquer de respect, il est permis de se demander si ses procédés sont applicables aux problèmes qui doivent fixer ici notre attention, et si ce mode d'investigation peut aboutir à des résultats utiles en pathologie mentale.

Une objection fondamentale se dresse ici devant nous. Quelle que soit la puissance d'attention de l'observateur, quelles que soient la rigueur de sa logique et la netteté de ses idées, lorsqu'il s'est isolé du monde extérieur pour descendre dans les profondeurs de sa conscience, il ne peut nous en rapporter que la photographie de son propre esprit ; or, il est bien certain que toutes les intelligences ne se ressemblent pas.

Descartes se bouche les oreilles, se ferme les yeux et refuse de croire au témoignage des sens, pour s'absorber tout entier dans la contemplation de son âme. Il y découvre la notion de la perfection suprême, de la justice absolue, de l'infini dans le temps et l'espace; il en conclut que ce sont là des idées innées, dont le Créateur a seul pu déposer le germe dans son esprit.

Mais il existe des tribus primitives qui ne savent pas compter au-delà de trois, qui n'ont dans leur langage aucun mot pour exprimer le bien et le mal, le vice et la vertu, dont toute la vie se passe à subvenir aux plus grossiers besoins de l'existence, et qui paraissent dénuées des instincts les plus vulgaires de notre humaine nature. Croit-on qu'il soit possible de comparer leur intelligence à celle d'un homme civilisé?

Si l'un de ces sauvages, en supposant qu'il pût répéter l'opération de Descartes, était descendu dans les profondeurs de sa conscience, croyez-vous qu'il y aurait trouvé la notion de la perfection et de la justice absolues? Lui qui ne savait peut-être pas compter au-delà de trois, aurait-il découvert dans son esprit la notion de l'infini?

Entre un indigène de l'Australie et un philosophe de premier ordre, entre les premiers et les derniers des hommes, l'abîme est tellement profond, qu'il serait peut-être aussi difficile à un Descartes de comprendre les idées d'un sauvage qu'à un sauvage de comprendre les idées de Descartes.

Or, c'est précisément à des intelligences incomplètes, déviées ou malades, que nous avons affaire. C'est donc en dehors de nous-mêmes qu'il nous faut chercher nos sujets d'étude; et, sans négliger les utiles enseignements de la psychologie, c'est surtout aux conditions matérielles des phénomènes intellectuels que nous devons nous adresser.

Si la physiologie avait dit son dernier mot sur le mécanisme des fonctions cérébrales, si nous connaissions à fond la physique et la chimie de la pensée, nous pourrions sans doute formuler avec une certaine précision les conditions nécessaires à l'accomplissement du travail intellectuel. Mais combien nous sommes loin de cet idéal!

Ce que nous savons, du moins, c'est que l'encéphale est une réunion fort complexe d'éléments divers, qui se compose surtout de ganglions destinés à condenser les impressions sensorielles et les sources de mouvement, et d'organes doués de propriétés plus élevées, les hémisphères cérébraux, qui paraissent être le siège exclusif des actes conscients de l'intelligence. C'est là, pendant la période d'activité cérébrale, pendant l'afflux du sang et la turgescence de la pulpe nerveuse, que s'élaborent les phénomènes d'ordre supérieur qui constituent dans leur ensemble ce que nous appelons *la pensée*, et qui coïncident avec des réactions chimiques fort analogues aux combustions.

Mais s'il existe une région spécialement chargée de ce travail, s'il existe bien réellement des organes de la pensée, ce n'est point une raison pour tomber dans le matérialisme grossier de Cabanis, ni pour dire avec lui que le cerveau digère les impressions comme l'estomac digère les aliments, qu'il sécrète la pensée comme le foie sécrète la bile. Autant voudrait dire que les muscles sécrètent la contraction musculaire (1).

Il est incontestable que le travail cérébral, semblable, sous ce rapport, au travail manuel, est accompagné d'une notable déperdition de substance. Sans parler de la fatigue physique qui résulte des efforts intellectuels et du repos qu'ils nécessitent, il est certain que la présence en excès de l'urée et des phosphates dans l'urine coïncide avec un processus de désassimilation et d'oxydation. Voilà donc la *sé-*

(1) Il est évident que l'expression employée ici par Cabanis a mal servi sa pensée; mais, sans vouloir lui attribuer des vues aussi peu dignes d'un physiologiste que d'un philosophe, on peut justement lui reprocher un langage qui fournit si naturellement des armes aux ennemis de la science contemporaine.

crétion cérébrale, s'il nous en faut absolument une; mais n'est-il pas plus simple et plus rationnel d'y voir plutôt les résidus d'une combustion organique, qui correspond, comme en mécanique, à la somme de travail effectué?

On a souvent dit, avec raison, que l'urée représentait les cendres de l'économie. Cette heureuse expression de Chaptal, reprise et commentée par Chalvet, caractérise avec beaucoup de justesse les transformations qui s'accomplissent au sein de l'organisme; mais qui songerait jamais à confondre les résidus de la combustion d'un foyer avec la chaleur et la lumière qui en émanent? Aussi serait-ce une aberration bien étrange que de confondre avec les cendres du foyer intellectuel la pensée elle-même, qui en est le divin rayonnement.

Restons donc dans notre rôle et ne cherchons pas à en sortir. Laissons les moralistes, laissons les philosophes définir la pensée à leur point de vue : ils le feront avec plus d'autorité que nous, et nous ne songeons pas à empiéter sur leur domaine.

Pour le physiologiste, en effet, il s'agit bien moins de pénétrer l'essence même de la pensée que d'apprécier les conditions physiques qui président à ses manifestations et de saisir ses rapports avec le monde extérieur. Nous savons que, par quelques-uns de ses caractères les plus importants, la pensée se rapproche des forces générales qui régissent la matière; nous savons qu'elle apparaît dans certaines conditions nettement déterminées, qu'elle exige une perte de substance pour accomplir son travail; nous savons enfin que, lorsqu'elle ne demeure pas à l'état latent, c'est par des mouvements qu'elle se manifeste au dehors.

Mais il est une question d'une importance capitale au point de vue qui nous occupe. La pensée peut-elle être in-

consciente? et le travail cérébral peut-il être latent pour le sujet lui-même, comme il l'est si souvent pour ceux qui l'entourent? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative; mais il est indispensable d'entrer ici dans quelques développements.

Descartes, dont le puissant génie a si souvent pressenti des vérités qui ne devaient être démontrées que longtemps après lui, Descartes avait formulé dans toute sa rigueur la théorie de l'automatisme telle que nous la concevons aujourd'hui. Pour ce grand philosophe, les animaux inférieurs, séparés de l'homme par un abîme profond, ne sont en définitive que de simples machines obéissant aux impulsions qu'elles reçoivent, et traduisant par des mouvements réguliers, parfaitement adaptés à la conservation de l'individu, les impressions sensorielles qui leur arrivent de l'extérieur (1).

(1) Nous ne pouvons résister au plaisir de citer ici un passage de Descartes, dans lequel la théorie des actions réflexes est exposée de la façon la plus claire et en même temps la plus pittoresque ; il est tiré du *Traité de l'homme*, au paragraphe intitulé « Comment se meut la machine de son corps » :

« Ainsi que vous pouvez avoir vu dans les grottes et les fontaines qui sont aux jardins de nos Rois, que la seule force dont l'eau se meut en sortant de sa source est suffisante pour y faire mouvoir divers instruments, ou prononcer quelques paroles, selon la diverse disposition des tuyaux qui la conduisent .. Et véritablement, l'on peut fort bien comparer les nerfs de la machine que je vous décris, aux tuyaux des machines de ces fontaines... Les objets extérieurs qui, par leur seule présence, agissent contre les organes de ses sens, et qui, par ce moyen, la déterminent à se mouvoir en plusieurs diverses façons, selon comme les parties de son cerveau sont disposées, sont comme les étrangers, qui, entrant dans quelques-unes des grottes de ces fontaines, causent eux-mêmes sans y penser les mouvements qui s'y font en leur présence : car ils n'y peuvent entrer qu'en marchant sur certains quarreaux tellement disposés, que par exemple, s'ils approchent d'une Diane qui se baigne, ils la feront cacher dans les roseaux ; et s'ils passent plus outre pour la poursuivre, ils feront venir

Nous savons aujourd'hui, avec toute la certitude que donne l'expérimentation scientifique, combien est grande la part de vérité que renferme cette idée hardie. L'automatisme, auquel Descartes faisait jouer un si grand rôle, apparaît comme la loi générale qui domine la plupart des manifestations extérieures de la vie ; et loin d'en restreindre l'application aux degrés inférieurs de l'animalité, nous savons aujourd'hui que l'homme lui-même ne fait point exception à la règle.

Depuis que la découverte des actions réflexes nous a livré le mécanisme de ces phénomènes si singuliers en apparence, si simples en réalité, nous savons que, si la vue d'un objet menaçant nous fait involontairement reculer, si les bruits inattendus nous font tressaillir, si la marche elle-même n'est qu'une action purement automatique, dans laquelle la volonté n'intervient que pour commencer le mouvement ou le suspendre, nous savons, dis-je, que tous ces phénomènes s'expliquent par la structure des centres nerveux et par les propriétés de certains groupes spéciaux de cellules qui jouissent du privilège de transformer les sensations en mouvements.

Ainsi donc, la pensée a toujours sous la main, et pour ainsi dire dans son voisinage immédiat, un serviteur fidèle, prêt à exécuter ses ordres, et au besoin à la remplacer ; et, loin de nuire à sa dignité, ce dualisme organique sert à la dégager des entraves personnelles et à lui laisser toute la liberté nécessaire pour accomplir ses opérations les plus élevées.

vers eux un Neptune qui les menacera de son trident ; ou s'ils vont de quelque autre costé, ils en feront sortir un monstre marin, qui leur vomira de l'eau contre la face... » Descartes, *Traité de l'homme*, Paris, Th. Girard, 1664, p. 12.

Un écrivain non moins spirituel que profond, qui par une sorte d'intuition avait deviné cette organisation en partie double de l'intelligence humaine longtemps avant que les physiologistes en eussent démontré l'existence, s'est amusé à décrire les exploits d'un corps abandonné par son âme et livré à la direction de ce qu'il appelle *la bête*. Il le voit marcher avec gravité, saluer avec grâce, parler et se taire à propos, et faire avec succès son chemin dans le monde ; de telle sorte que l'âme, au retour de ses voyages, est fort surprise de se trouver logée dans la bête d'un grand seigneur.

Sans vouloir pousser jusqu'à ses dernières conséquences la spirituelle boutade de Xavier de Maistre, il est permis, je crois, de reconnaître avec lui que des actes parfaitement spontanés en apparence peuvent s'accomplir sans le secours de la volonté, et même sans que nous en ayons conscience.

Dans quelle mesure la pensée elle-même participe-t-elle à cet automatisme ? Beaucoup plus, assurément, que nous ne serions disposés au premier abord à le croire. Mais il suffit, pour nous en convaincre, de faire un retour sur nous-mêmes et d'évoquer nos propres souvenirs. Sommes-nous maîtres, en effet, de diriger à notre gré le cours de nos réflexions ? Pouvons-nous chasser de notre esprit les idées qui nous obsèdent (1) ? Pouvons-nous enfin faire reparaître à volonté les notions inscrites dans notre mémoire ? J'en appelle à tous ceux qui ont subi des examens et qui, en présence d'un juge sévère, ont vu leur intelligence passer subitement à l'état d'une feuille de papier blanc.

Mais il nous faut aller plus loin : non seulement l'activité

(1) Voyez ce que dit Locke à ce sujet, *the Conduct of the Understanding*, sect. XLV.

cérébrale n'est pas toujours volontaire, mais il arrive souvent qu'elle est parfaitement inconsciente. Je ne prétends pas, sans doute, vous expliquer ce mystère ; je veux seulement vous rappeler quelques faits bien connus (1).

Lorsqu'au milieu d'une conversation animée nous cherchons à nous rappeler un nom, un fait qui nous échappe, il nous arrive souvent de le retrouver longtemps après, au moment où nous y pensions le moins. Un travail inconscient s'est opéré dans notre cerveau, et sans aucune intervention de la volonté nous rentrons en possession de l'idée que nous avions momentanément perdue.

C'est par un travail du même genre qu'une leçon imparfaitement apprise le soir se trouve gravée dans notre mémoire au réveil : l'esprit a travaillé pendant le sommeil du corps, mais nous n'avions pas conscience de ses efforts.

Dans un ordre d'idées plus élevé, les penseurs qui pendant un long espace de temps ont fixé leur attention sur un problème difficile sont quelquefois frappés par une idée qui éclate subitement comme une révélation inattendue, et qui leur apporte la solution qu'ils avaient vainement cherchée. C'est ainsi, dit la légende, que Newton est arrivé à plusieurs de ses découvertes ; mais, s'il fallait en citer des exemples plus authentiques, nous n'aurions que l'embarras du choix.

Je me contenterai de vous rapporter ici une observation fort intéressante et que j'emprunte à Carpenter (2).

(1) On trouvera d'amples détails à ce sujet dans les œuvres philosophiques de sir William Hamilton, ainsi que dans le livre de Laycock, *Mind and Brain*, Simpkin and Marshall, London, 1869, et dans celui de Carpenter, *Mental Physiology*, Appleton and C°, New-York, 1874.
(2) *Mental Physiology*, p. 536.

Un mathématicien avait longtemps cherché la solution d'un problème géométrique, sans pouvoir la trouver; il avait même construit une figure qui répondait à peu de chose près aux données de la question, sans y satisfaire complètement. Quelques années plus tard, au moment de se mettre au lit après une journée fatigante, il vit subitement apparaître la solution cherchée sous la forme d'une figure parfaitement exacte, et cette apparition inattendue le frappa d'une terreur profonde : il lui semblait qu'un être surhumain s'était présenté devant lui pour lui apporter une révélation que son intelligence ne pouvait atteindre par ses propres forces.

Voilà, sans contredit, un cas bien authentique de *cérébration inconsciente* (1), pour nous servir de l'expression de Carpenter; et c'est dans ce sens que nous interpréterions volontiers la définition célèbre de Buffon : « Le génie n'est qu'une longue patience. » Souvent, en effet, ce qu'on appelle l'*inspiration du génie* n'est que la conclusion, longtemps attendue, d'un travail qui se poursuivait obscurément dans les profondeurs de l'intelligence. C'est une nappe d'eau souterraine qu'un coup de sonde heureusement appliqué fait jaillir au dehors.

Le poète vraiment inspiré, dont les vers coulent sans effort, n'est-il pas aussi un type de cette activité toute spontanée qui s'ignore complètement elle-même?

« Je ne pense jamais, disait Lamartine à un de ses amis; ce sont mes idées qui pensent pour moi. » Parole pro-

(1) Bien que l'idée de la cérébration inconsciente soit absolument contraire aux doctrines philosophiques de Descartes, elle découle très logiquement du principe de l'automatisme, qu'il a si nettement formulé. Ce n'est point, d'ailleurs, la première fois qu'un philosophe a fourni des armes contre lui-même.

fonde et qui jette une vive lumière sur les richesses de cette merveilleuse organisation (1).

Sans sortir des limites de l'état physiologique, les rêves nous offrent encore un exemple d'un travail absolument involontaire de l'esprit. Une série d'idées plus ou moins logiquement enchaînées, mais sur lesquelles nous ne pouvons exercer aucune influence, se déroule devant nous, et les conséquences de cet état se prolongent souvent après le réveil : on les voit même aboutir quelquefois à des actes insensés ou criminels. On connaît l'histoire lamentable de ce paysan qui, au sortir d'un mauvais rêve, tua sa femme d'un coup de hache : il la prenait pour l'un des assassins qui venaient de le poursuivre. Les faits de ce genre ne sont heureusement pas fréquents ; mais rien n'est plus ordinaire que de voir les idées d'un rêve se prolonger pendant quelque temps dans l'état de réveil ; et il existe même des sujets qui confondent les événements de la vie réelle avec ceux dont ils ont été les témoins imaginaires pendant leur sommeil.

Mais si nous quittons la physiologie pour entrer dans le domaine de la pathologie, le somnambulisme se présente à nous comme la réalisation la plus complète de l'automatisme de Descartes. D'après le témoignage unanime de tous les auteurs, le somnambule semble avoir complètement perdu la conscience de ses actes ; ce qui ne l'empêche nullement de vaquer avec régularité à ses occupations ordinaires, et même de se livrer avec succès à des travaux intellectuels. Le domestique de Gassendi servait à table pendant ses accès ; et Condillac, qui était somnambule, a écrit quelques-unes de ses meilleures pages dans

(1) Voir la conférence de M. Legouvé sur Lamartine, dans *le Temps* du 19 janvier 1876.

cet état ; ce qui semblerait démontrer qu'à l'exemple de M. Jourdain, on peut faire de la métaphysique sans le savoir.

Dans le cas si remarquable que M. Mesnet a tout récemment fait connaître, on pouvait à volonté modifier les idées du somnambule en lui présentant un objet quelconque. On lui mettait une plume à la main : aussitôt il s'asseyait et commençait à écrire une lettre ; on lui donnait un rouleau de papier, qu'il prenait pour un cahier de musique, il se mettait aussitôt à chanter une romance ; et chaque objet nouveau semblait éveiller une nouvelle série d'idées.

Le malade se trouvait ainsi le jouet du monde extérieur, sans pouvoir réagir contre les impressions venues du dehors (1).

Je viens de vous montrer, messieurs, que chez l'homme sain comme chez le malade la pensée est parfois soustraite à l'empire de la volonté, et peut même échapper à la conscience.

Sans vouloir conclure à l'identité de ces états cérébraux avec la folie, nous les considérons comme extrêmement rapprochés de l'aliénation mentale. Le fou est un homme qui rêve les yeux ouverts ; il est étranger à la réalité des choses, étranger à lui-même : il est aliéné. Il a perdu, en définitive, sa liberté morale, parce que, semblable à l'homme poursuivi par un rêve, il est incapable de convoquer l'assemblée générale de ses facultés intellectuelles, pour délibérer sur les impressions qu'il a reçues ; et voilà pourquoi, dans une certaine mesure, il a cessé d'être responsable de ses actions devant la société (2).

(1) Mesnet, *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique*. Paris, Félix Malteste, 1874.

(2) « Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que

N'oublions point, d'ailleurs, que ce trouble intellectuel peut coexister avec les plus hautes facultés de l'esprit, et que des hommes supérieurs, en pleine possession de leurs hautes capacités, ont pu être convaincus d'aliénation mentale. Il est humiliant pour la raison humaine de penser qu'au moment où J.-J. Rousseau écrivait les pages les plus éloquentes des *Confessions*, il était complètement fou ; nous en avons cependant la preuve, écrite et signée de sa propre main (1). Il est très important de se pénétrer de ce principe, qui s'écarte notablement des idées qui ont généralement cours chez le public, et même chez les hommes les plus instruits ; et, dans la pratique, vous trouverez à chaque instant l'occasion d'en appliquer les conséquences.

Mais ce n'est pas tout : s'il existe un rapport de subordination entre la pensée et le mouvement, il n'est pas douteux que les organes du mouvement influent à leur tour sur les opérations de l'intelligence.

Chez les sujets exposés depuis un certain temps à des affections convulsives, on voit quelquefois l'excitation habituellement portée sur les centres moteurs se transporter brusquement sur les centres intellectuels. Ce sont là ce qu'on a nommé *les états convulsifs de l'intelligence* ; l'épilepsie et la chorée nous en fournissent de nombreux exemples, et j'ai moi-même été témoin d'un cas fort curieux de ce genre dans le service de M. Moreau (de Tours).

c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. — Baillarger, *la Théorie de l'automatisme étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque* (*Union médicale*, 12 janvier 1855). — Consulter, à ce sujet, le discours prononcé par M. Baillarger à l'Académie de médecine, le 15 mai 1855.

(1) Voir les *Dialogues*.

Une jeune fille de dix-sept ans offrait une contraction hémiplégique des plus accentuées : aussi longtemps que persistait cet état spasmodique, elle jouissait de toute la plénitude de son intelligence ; mais, à certains moments, elle recouvrait toute la liberté de ses membres ; elle était prise en même temps d'un délire furieux et courait à travers l'hôpital, dont elle cherchait à escalader les murs pour prendre la fuite.

Nous empruntons le récit d'un fait analogue à Howe, cité par Carpenter (1) :

Un jeune idiot, enfermé dans l'asile des aliénés de Boston, était sujet à de violents accès de colère ; pour le calmer, on avait pris le parti de le contraindre tous les jours à un travail fatigant. On lui fit donc scier du bois, pendant plusieurs heures par jour : il s'y prêta de fort bonne grâce, et ses paroxysmes de fureur, à partir de ce moment, ne se montrèrent plus que le dimanche, *jour de repos*. Mais on finit par penser qu'il valait mieux encore lui permettre de travailler le dimanche que de le voir dans un état d'exaspération pendant toute la journée ; et le malade, soumis dès lors à un travail régulier et continu, devint aussi calme que les pensionnaires les plus tranquilles de l'établissement.

Une observation très remarquable, rapportée par Esquirol (2), démontre, de la manière la plus évidente, que l'épilepsie convulsive peut se transformer directement en folie, et que les accès convulsifs sont alors remplacés par des crises intellectuelles. Voici le fait.

Un paysan était sujet, depuis l'âge de huit ans, à de

(1) *Op. cit.*, p. 325.
(2) Esquirol, *Mémoire sur la monomanie homicide*, p. 831.

fréquents accès d'épilepsie. Depuis deux ans, sa maladie a changé de caractère, sans qu'on puisse en alléguer de raison; *au lieu d'accès d'épilepsie, cet homme se trouve depuis cette époque attaqué d'un penchant irrésistible pour le meurtre*. Il sent l'approche de son accès plusieurs heures, quelquefois un jour avant l'invasion; du moment où il a ce pressentiment, il demande avec instances qu'on le garrotte, qu'on le charge de chaînes, pour l'empêcher de commettre un crime. « Lorsque cela me prend, dit-il, il faut que je tue, que j'étrangle, ne fût-ce qu'un enfant. » Sa mère et son père, que du reste il chérit tendrement, seraient, dans ses accès, les premières victimes de son penchant au meurtre. « Ma mère, s'écrie-t-il d'une voix terrible, sauve-toi, ou il faut que je t'étouffe ! »

Avant l'accès, il se plaint d'être accablé par le sommeil, sans cependant pouvoir dormir; il se sent très abattu, et éprouve de légers mouvements convulsifs dans les membres. Pendant les accès, il conserve le sentiment de sa propre existence. Il sait parfaitement qu'en commettant un meurtre, il se rendrait coupable d'un crime. Lorsqu'on l'a mis hors d'état de nuire, il fait des contorsions et des grimaces effrayantes, tantôt chantant, tantôt parlant en vers. L'accès dure d'un à deux jours; l'accès fini, il s'écrie : « Déliez-moi; hélas ! j'ai bien souffert, mais je m'en suis tiré heureusement, puisque je n'ai tué personne ! »

M. Jules Falret, dans son excellent travail sur l'état mental des épileptiques (1), a rapproché de cette observation deux autres cas semblables. J'ai moi-même eu l'occasion de voir une jeune fille, devenue folle après la guérison d'une épilepsie qui durait depuis plusieurs

(1) *Archives générales de médecine*, 1861, p. 486.

années ; quand le délire cessa, les accidents convulsifs se montrèrent de nouveau.

Les faits de ce genre, qui constituent dans l'histoire des maladies mentales une classe à part, semblent démontrer qu'il existe un rapport des plus intimes entre les phénomènes intellectuels, d'une part, et les centres moteurs, de l'autre. Mais une corrélation non moins évidente réunit aux troubles sensoriels les perturbations psychiques ; et, sans insister sur la fréquence du délire provoqué par la seule influence de la douleur, nous rappellerons qu'il existe toute une classe de vésanies que l'on connaît sous le nom de *dysphrénies névralgiques,* et dans lesquelles l'excitation douloureuse d'un nerf semble déterminer non pas un délire transitoire, mais de véritables accès d'aliénation mentale.

Ainsi, les divers modes d'activité de l'encéphale, semblables aux forces physiques qui gouvernent la matière, semblent changer de forme et se substituer les unes aux autres avec une facilité vraiment merveilleuse, et les excitations morbides ne semblent pas avoir un long chemin à parcourir pour se transporter d'un centre sensitif ou moteur sur un centre intellectuel, ou réciproquement. En un mot, la *solidarité* des actions cérébrales est l'une des vérités les mieux démontrées en psychiatrie. Nous aurons souvent l'occasion d'invoquer les conséquences qui découlent de ce grand principe.

Messieurs, si j'ai réussi à vous donner une idée exacte de l'aliénation mentale, esquissée à grands traits, vous comprendrez que les états qu'on décrit dans les ouvrages classiques sous le nom de *lypémanie*, de *manie*, de *monomanie*, ne sont au fond que des expressions symptomatiques d'un trouble profond de l'intelligence, et ne constituent pas des

maladies à part. Il paraît en effet bien démontré qu'une forme spéciale d'aberration intellectuelle ne correspond pas toujours à une lésion déterminée.

Prenons par exemple la paralysie générale, dont les altérations anatomiques offrent un type presque constant : nous savons aujourd'hui que, loin d'être toujours caractérisée, comme on le croyait au temps de Bayle, par le délire des grandeurs, elle peut coïncider avec la lypémanie, avec la monomanie, avec l'excitation maniaque, avec l'hypochondrie et même avec la démence. Voilà donc une lésion anatomique à peu près constante, qui se traduit au dehors par des phénomènes intellectuels essentiellement divers. Que penser, dès lors, des pathologistes qui croient pouvoir mettre le doigt sur la lésion caractéristique de la vésanie ?

On conçoit, d'un autre côté, qu'il est parfaitement possible que les troubles intellectuels ne laissent derrière eux aucune trace appréciable. Une excitation morbide déterminée fait dévier les fonctions cérébrales ; mais, une fois l'excitation disparue, il ne reste plus de lésions visibles.

Placez une boussole auprès d'un morceau de fer, vous verrez dévier l'aiguille ; mais l'examen le plus attentif ne vous fera constater aucune altération physique dans cette petite barre d'acier.

Mais pourquoi nous en tenir à des comparaisons vagues, quand la science nous permet d'articuler des faits précis ?

Les expériences de Haller, reprises et confirmées par Helmholtz, ont démontré que la vitesse du fluide nerveux est d'environ 33 mètres par seconde ; elle est d'ailleurs moins considérable dans les centres d'innervation, et surtout dans la substance grise.

On est allé plus loin, et grâce à des expériences très in-

génieuses, Donders (1) a pu mesurer la vitesse de la pensée : elle est peu considérable, moins grande que celle du fluide nerveux, qui est elle-même infiniment inférieure à celle de la lumière et de l'électricité.

Mais cette vitesse elle-même n'est pas constante ; elle varie suivant les individus, suivant l'âge du sujet, et suivant les conditions de l'expérience. Qui sait si dans les cas pathologiques il n'existe point un trouble profond sous ce rapport ? Qui sait si ce ralentissement de la pensée ne produit pas chez certains malades une altération marquée de l'intelligence et ne détermine pas certains symptômes de la folie ? On pourrait peut-être y rattacher plusieurs cas de mélancolie avec stupeur.

Le ralentissement dont je parle a été constaté par rapport aux nerfs périphériques, soit après un épuisement déterminé par la fatigue, soit après une forte application d'électricité.

Au reste, dans l'état normal il se produit des phéno-

(1) Les expériences de Donders, dont nous ne pouvons indiquer ici que la donnée fondamentale, consistent essentiellement à faire noter, par un observateur intelligent, le moment précis où s'opère la perception d'un son, d'une couleur ou d'un contact, dans des conditions qui impliquent l'exercice d'un jugement. — On est prévenu, par exemple, qu'il va paraître une lumière rouge ou blanche ; on indique, par un mouvement rapide, laquelle des deux couleurs on a perçue. — On est prévenu qu'on va entendre l'une de plusieurs syllabes : on répète la syllabe prononcée immédiatement après l'avoir entendue. — A l'aide d'un diapason, qui vibre 261 fois par seconde, on apprécie l'intervalle qui s'écoule entre la perception et le jugement ; cet intervalle, qui varie notablement d'un individu à l'autre, est moins considérable pour les impressions tactiles que pour les impressions auditives et visuelles. — C.-F. Donders, *la Vitesse des actes psychiques* (*Archives néerlandaises*, t. III, 1868). — Consulter aussi le travail de M. Ribot, *la Durée des actes psychiques* (*Revue philosophique*, Paris, Germer Baillière, mars 1867).

mènes analogues ; tous ceux qui se sont livrés au travail cérébral peuvent s'en rapporter à leur propre expérience; l'esprit n'obéit guère aux ordres de la volonté : tantôt, en effet, l'intelligence est rétive et refuse d'avancer ; tantôt, au contraire, elle prend le mors aux dents et l'on ne peut plus l'arrêter.

Il existe d'ailleurs des altérations du système nerveux qui reconnaissent des causes physiques parfaitement appréciables et dans lesquelles l'histologie ne révèle aucune altération de structure. C'est ainsi que l'empoisonnement par le curare détruit les propriétés des nerfs moteurs : voilà une lésion parfaitement physique, mais qui ne peut être constatée que par l'exploration galvanique.

Permettez-moi de vous en signaler un autre exemple, dans un sens entièrement opposé. Le tétanos excite au degré le plus marqué les fonctions de la moelle épinière et détermine des convulsions qui aboutissent à la mort, et cependant les lésions caractéristiques du tétanos sont encore à trouver.

Ne pourrait-il pas y avoir dans certains cas un *tétanos de l'intelligence*, c'est-à-dire une excitation d'une épouvantable violence portée sur les centres intellectuels, et ne se traduisant au point de vue anatomique par aucune lésion constante ?

Au reste, s'il était possible aux médecins de saisir les traces d'altérations aussi fugitives, la déplorable habitude de ne pratiquer les autopsies que vingt-quatre heures après la mort suffirait pour annuler toutes les chances favorables à cet égard.

Résumons-nous. Ce serait une erreur absolue, dans l'état actuel de la science, de parler de la folie comme

d'une maladie sans lésions, ou *sine materia*. Mais il serait également erroné de vouloir trouver une lésion spéciale pour chaque forme de délire, au lieu de considérer ces désordres intellectuels comme l'expression symptomatique d'un grand nombre d'états divers. Ne savons-nous pas, par exemple, qu'il existe une folie sympathique, qui répond aux troubles viscéraux les mieux localisés, et qui pour un seul et même organe peut revêtir toutes les formes connues de l'aliénation mentale?

D'ailleurs il est certain que des causes diamétralement opposées peuvent déterminer les mêmes effets : l'anémie et l'hypérémie cérébrales produisent toutes les deux des phénomènes d'excitation et de collapsus. C'est là une application de la loi générale d'après laquelle les tissus, aux approches de la mort, présentent une exagération notable de toutes leurs propriétés. Coupez un nerf mixte, il devient plus excitable au niveau de la section; puis, l'extrémité du nerf venant à mourir, cette excitabilité se transporte des parties périphériques jusqu'aux dernières extrémités du tronc nerveux ; puis, le nerf étant mort, les muscles correspondants deviennent irritables à leur tour avant de mourir eux-mêmes (1). On comprend dès lors comment la privation du sang peut exciter les centres nerveux au même titre qu'un afflux exagéré.

On ne se méprendra point, nous l'espérons du moins, sur la portée de cette argumentation. Loin de nous la pensée de combattre l'application des études anatomo-pathologiques aux maladies mentales : nous avons seulement voulu montrer qu'il faut envisager la folie comme une lésion

(1) Cl. Bernard, *Leçons de pathologie expérimentale*. Paris, J.-B. Baillière, 1872, p. 208.

d'ensemble, et ne point considérer les diverses formes de délire comme des maladies spéciales ayant chacune une place à part.

Tels sont, messieurs, les principes généraux qui doivent nous guider dans nos études, et si j'ai tenu à vous les exposer au début de ce cours, c'est surtout pour vous offrir les moyens de grouper autour d'une conception d'ensemble les détails que l'observation clinique et le contact journalier des malades pourront vous fournir.

TROISIÈME LEÇON

DES ÉLÉMENTS MORBIDES DE LA FOLIE DES ILLUSIONS ET DES HALLUCINATIONS.

Sommaire. — Principaux éléments qui constituent l'aliénation mentale.— Troubles de la santé physique. — Délire. — Troubles de l'intelligence. — Troubles partiels. — Altération de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. — Illusions. — Hallucinations. — Hallucinations de l'ouïe. — Bourdonnements, bruits, voix. — Dialogues. — Hallucinations de l'ouïe chez les sourds. — Hallucinations dédoublées ou unilatérales. — Hallucinations de la vue. — Leur fréquence relative. — Lumières, flammes, points nébuleux. — Apparitions. — Hallucinations de la vue chez les aveugles. — Rapports entre les hallucinations de la vue et certains phénomènes physiologiques. — Hallucinations du goût, de l'odorat et du toucher. — Hallucinations réunies de plusieurs sens. — Hallucinations psychiques.

Messieurs,

Nous avons étudié la folie, dans la leçon précédente, au point de vue le plus général. Nous allons aujourd'hui passer de la synthèse à l'analyse et nous occuper des principaux éléments qui constituent l'aliénation mentale.

Pour rester fidèle à notre programme, nous aurons à considérer la question sous deux faces différentes : le côté physique et le côté moral. S'il est indispensable, en effet, de connaître à fond les phénomènes psychologiques qui caractérisent la folie, il est en même temps de la plus haute importance de bien apprécier les troubles que présente la santé du corps chez les aliénés, ainsi que les modifications que leur état général imprime à tous les processus morbides. Cette partie du sujet sera traitée dans une de nos prochaines leçons; mais, pour le moment, c'est à l'étude

du *délire* que nous allons consacrer toute notre attention.

Les troubles psychiques sont les uns généraux, les autres partiels. On peut réduire à trois termes les lésions générales de l'entendement : l'excitation, la dépression, l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Certains aliénés, en effet, vivent dans un état d'agitation permanente; ils vont et viennent, parlent avec une intarissable abondance, et présentent la mobilité la plus incroyable dans les idées. D'autres, au contraire, sont plongés dans une torpeur profonde, qui semble ralentir à la fois les fonctions de l'esprit et celles du corps; enfin, l'abolition presque complète de la vie intellectuelle semble caractériser non seulement l'état de démence, dans lequel s'affaissent graduellement la plupart des vieux aliénés, mais aussi l'engourdissement cérébral qui frappe subitement certains malades, et qui peut se dissiper de même.

Ces vues d'ensemble, il faut bien le reconnaître, n'offrent pas par elles-mêmes une grande utilité pratique; pour bien en saisir la portée, il faut aborder l'étude de la manie, de la mélancolie et de la démence. Nous nous réservons donc d'entrer plus tard, à ce sujet, dans de plus amples développements.

Un intérêt plus direct se rattache aux troubles partiels des facultés de l'esprit. Ils peuvent affecter la sensibilité (1), l'intelligence ou la volonté. Les impulsions irrésistibles, la perversion des instincts et l'inertie morale paraissent résulter des perturbations de la volonté; les conceptions délirantes appartiennent aux lésions de l'intelligence, ainsi que le manque d'attention, auquel Esquirol faisait jouer un si grand rôle dans les maladies mentales;

(1) Il est bien entendu que nous employons ce mot dans le sens psychologique.

enfin, c'est aux altérations de la sensibilité que se rapportent les illusions et les hallucinations, dont nous allons nous occuper aujourd'hui.

Il y a vingt-cinq siècles que l'un des plus grands philosophes qui aient jamais existé descendait des marches du trône, où sa naissance semblait l'appeler, pour se plonger dans les austérités d'une vie ascétique, au sein des forêts. Entouré bientôt de nombreux disciples, il devint le fondateur d'une religion dont les adeptes se comptent aujourd'hui par centaines de millions, et dont le principe fondamental est que nos sens sont absolument trompeurs, que le vide existe autour de nous et que l'univers tout entier n'est qu'une gigantesque hallucination.

Cette doctrine, reprise et transformée par certains philosophes modernes, semblerait presque trouver sa justification et son point de départ dans les phénomènes si remarquables qui doivent aujourd'hui occuper notre attention. Il existe, en effet, pour un grand nombre de nos malades, un monde purement imaginaire, dont les apparences ne répondent en rien à la réalité extérieure et dans lequel le drame si compliqué qui semble se passer en dehors n'existe que dans les étroites limites d'un cerveau malade.

Et pourtant, pour les véritables hallucinés, ces perceptions fictives sont aussi poignantes que les réalités les plus palpables, et, lorsqu'on s'efforce de combattre leurs convictions, ils nous répondent avec une logique inflexible : « Monsieur, s'il faut douter de tout, je dois douter que je vous vois, que je vous entends, que je vous touche ; car si le témoignage de mes sens peut me tromper une première fois, il peut aussi me tromper une seconde. » Il est impossible de répondre à ce raisonnement. Mais ce n'est pas par

des syllogismes qu'on peut créer la médecine ; c'est à la clinique, c'est à l'observation des faits qu'il faut s'adresser lorsqu'on veut appuyer l'édifice sur un terrain solide.

Nous allons donc pénétrer ensemble dans ce monde imaginaire. Nous allons étudier d'abord le phénomène dans l'ensemble de ses manifestations, nous en discuterons les causes et nous tenterons discrètement d'en expliquer le mécanisme, autant du moins que la chose est possible dans l'état actuel de nos connaissances en matière de physiologie cérébrale.

Si le mot d'*hallucination* existe depuis les origines de la psychiatrie, c'est seulement depuis l'époque contemporaine qu'il a acquis le sens nettement défini qu'il présente depuis Esquirol. Jusqu'alors les médecins, aussi bien que les gens du monde, confondaient l'hallucination avec les conceptions délirantes et les autres manifestations intellectuelles de la folie ; et, encore aujourd'hui, le public croit volontiers que ces deux expressions, un halluciné et un fou, sont absolument synonymes. Esquirol, le premier, donne une définition précise du phénomène. « Un homme, dit-il, qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. C'est un visionnaire (1). » On peut abréger cette définition en disant que l'hallucination est une perception sans objet. Nous savons bien à quelles critiques cette définition est exposée. Nous croyons cependant que, si l'on veut bien écarter les susceptibilités de la scolastique, elle répond très exactement à la vérité.

Une illusion, au contraire, est une perception réelle,

(1) Esquirol, *Maladies mentales*, t. Ier, p. 80. Paris, 1838.

mais faussement interprétée. Elle peut exister non seulement chez des malades, mais encore chez des individus dans un état parfaitement normal de santé. Vue de loin, une tour carrée paraît ronde. La perspective modifie les formes apparentes des objets, et les illusions du mirage sont un exemple familier de ces erreurs des sens, qui s'expliquent par les lois de la physique.

Mais, chez nos malades, il s'agit d'illusions pathologiques. Un objet réel donne lieu à une interprétation absolument erronée Aux yeux d'un maniaque, des linges accrochés à une fenêtre deviendront des cadavres suspendus au gibet. Des images qui flottent dans l'air deviendront des ballons dirigés par des aéronautes, et la figure du premier venu retracera à l'imagination les traits de l'ami le plus intime. Avec une élégante concision, M. Lasègue exprime cette idée dans les termes suivants : « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. L'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle la brode ; l'hallucination invente de toutes pièces, elle ne dit pas un mot de vrai. »

Tous les sens peuvent être le point de départ d'illusions, mais celles de la vue sont beaucoup plus fréquentes que celles de l'ouïe; le contraire a lieu pour les hallucinations, comme nous le verrons bientôt.

Nous ne croyons pas devoir insister plus longuement sur les phénomènes de cet ordre, qui se confondent, dans la plupart des cas, avec ceux dont on cherche à les séparer. Il n'existe point ici de limites bien précises, et la frontière n'est pas bien nettement tracée. Le point de départ matériel d'une illusion est souvent si léger, qu'il ne peut guère être considéré que comme le choc qui fait jaillir l'étincelle. M. Maury, qui, comme on le sait, est extrêmement sujet aux hallucinations de la vue, est frappé un jour par

le reflet d'une glace qui brillait au soleil : il voit aussitôt se dresser devant lui un cuirassier à cheval, dont il croit distinguer tout le costume, le casque, le plumet, la cuirasse et l'habit (1). Lorsqu'il suffit d'une impression si fugitive pour évoquer un tableau si complet, n'a-t-on pas le droit de penser que l'image fantastique a été créée de toutes pièces? D'ailleurs, il est parfois impossible de dire où finit l'illusion, où commence l'hallucination. Un aliéné regarde attentivement un portrait; tout à coup il le voit sortir de son cadre et prendre les allures d'un personnage vivant. Est-ce d'une illusion ou d'une hallucination qu'il s'agit? La difficulté de répondre à cette question suffit pour montrer combien les barrières qu'on élève entre ces deux ordres de faits sont artificielles et combien sont intimes les rapports qui les unissent. Nés dans des conditions presque complètement identiques, ces phénomènes se rattachent évidemment aux mêmes causes et se rencontrent simultanément chez la plupart de nos malades.

Les hallucinations, dont nous allons maintenant nous occuper, nous offrent le type le plus complet du délire sensoriel. En effet, dans toute sensation pervertie ou transformée, il existe au moins un point de départ, qui nous vient du monde extérieur ; mais, chez les hallucinés, c'est la pensée elle-même qui prend un corps : c'est une impression purement subjective qui se projette au dehors, et va se mêler aux objets réels, dont l'existence nous est révélée par le témoignage de nos sens.

Un phénomène aussi bizarre devait naturellement s'im-

(1) Maury, *le Sommeil et les Rêves*, 2e édit., Paris, Didier, 1862, p. 58.

poser à l'attention des aliénistes et des philosophes ; et parmi les questions si complexes que soulève l'étude de la pathologie mentale, il n'en est peut-être aucune qui ait été plus vivement controversée. Quelle est la nature intime, quel est le mode de production de ces troubles sensoriels? Quels sont leurs rapports avec l'état mental des aliénés? Quelles sont, enfin, les lésions anatomiques qui leur correspondent, s'il en existe? Tels sont les problèmes qui ont été agités et fort diversement résolus par les observateurs qui ont abordé cette étude. Fidèle à l'exemple qui nous a été donné par tous les auteurs, nous commencerons d'abord par analyser les faits; nous discuterons ensuite les conclusions qui paraissent en découler.

Hallucinations de l'ouïe. — Tous les sens, sans exception, peuvent être affectés d'hallucinations, mais c'est incontestablement l'ouïe qui joue ici le premier rôle, du moins chez les aliénés. C'est, en effet, le sens de l'ouïe qui joue le rôle le plus élevé dans l'ordre des fonctions cérébrales et qui nous fournit les notions de l'ordre le plus élevé. C'est surtout le sens de l'ouïe qui nous permet d'acquérir des idées abstraites ; c'est lui qui, de tous les sens, offre le plus de surface aux troubles qui viennent assaillir l'intelligence.

Les fausses perceptions de l'ouïe sont donc beaucoup plus fréquentes que celles de tous les autres sens. On peut ajouter, en même temps, que ces hallucinations sont de toutes les plus graves, celles qui se rapportent le plus directement à la folie, et qui se dissipent le moins facilement.

Mais ce symptôme peut se présenter sous bien des aspects divers, et avec des degrés d'intensité bien différents.

Il existe pour l'ouïe, comme pour les autres sens spéciaux, des hallucinations élémentaires ; ce sont des bruits, des bourdonnements, des sons de cloches, qui, le plus souvent, sont appréciés par le malade lui-même à leur juste valeur. Mais, à un degré déjà plus avancé, l'hallucination prend un caractère plus nettement accentué. Ce sont des bruits de pas, c'est une personne qui semble marcher dans la pièce voisine, ce sont des notes musicales, c'est enfin la crépitation de la fusillade ou le bruit du canon.

A ces perceptions erronées viennent déjà bien souvent s'ajouter des conceptions délirantes, et pourtant nous ne sommes encore qu'au seuil du labyrinthe. Un pas de plus et nous y entrons directement.

Dans l'une des émeutes qui ont si souvent ensanglanté Paris, la femme d'un ouvrier, enceinte de huit mois, vit son mari tomber mortellement frappé par une balle. Un mois plus tard, elle accoucha heureusement, mais le dixième jour après l'accouchement, le délire éclata. Elle entendait le bruit du canon, des feux de peloton, le sifflement des balles. Elle guérit au bout d'un mois; mais pendant l'espace de dix ans elle eut six accès semblables, et toujours les mêmes hallucinations se sont renouvelées au début du délire (1).

L'hallucination prend une forme mieux définie, lorsque le malade entend des *voix*. Rien de plus fréquent que ce phénomène, qui constitue à lui seul l'un des éléments les plus importants du délire et qui suffit quelquefois pour lui imprimer une direction spéciale.

Entre le malade qui n'entend que des bruits et celui qui

(1) Baillarger, *Des hallucinations* (*Mém. de l'Académie de médecine*, 1846, p. 279).

entend des voix, il existe tout un abîme, et cependant, même pour cette dernière manifestation du phénomène, il est une multitude de degrés. D'abord on entend des interjections, des monosyllabes, de simples mots, le plus souvent injurieux. Les choses peuvent en rester là; mais, à un degré plus élevé, les paroles se groupent pour former des phrases, les phrases se groupent de manière à former un sens, et le monologue s'établit.

Certains aliénés entendent deux ou plusieurs voix parfaitement distinctes, et vivent, pour ainsi dire, au milieu d'un monde imaginaire, peuplé d'interlocuteurs invisibles. Il arrive souvent que le malade fait lui-même les demandes et les réponses, en adoptant deux intonations différentes.

Chez les sujets qui parlent plusieurs langues, les voix emploient souvent plusieurs dialectes différents. Esquirol (1) rapporte l'observation d'un préfet de Napoléon, qui connaissait presque toutes les langues de l'Europe, et qui devint aliéné à la suite des désastres de 1812. Dans son délire, il entendait des voix qui se servaient de toutes les langues qui lui étaient familières; une seule était entendue moins distinctement, parce qu'elle empruntait l'idiome russe, que le malade parlait moins facilement que les autres.

Les hallucinations se produisent quelquefois dans une langue qui n'est pas celle dont se sert habituellement l'aliéné. J'ai vu tout dernièrement une femme atteinte du délire de persécution, et qui s'entendait adresser les insultes les plus grossières dans le patois de son pays; cette malade, qui habitait Paris depuis de longues années, et qui parlait fort bien le français, était persuadée que ses ennemis avaient fait venir tout exprès des gens des environs de

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 161.

Tulle pour l'accabler d'injures et publier à haute voix les plus infâmes calomnies à son égard.

Parfois enfin les voix deviennent confuses, et le sujet ne distingue pas clairement les paroles qu'il croit entendre; mais, le plus souvent, cet affaiblissement des perceptions erronées indique une amélioration dans l'état du malade. Les vrais hallucinés éprouvent des impressions dont la netteté ne laisse rien à désirer; ils s'expriment de manière à ne laisser subsister aucun doute sur ce point. Un jour M. Foville voulait combattre les convictions d'un prêtre halluciné. « Monsieur, lui répondit ce malade, je dois donc douter de tout ce que vous me dites, je dois douter que je vous vois, que je vous entends? » C'est précisément cette vivacité des impressions qui rend si dangereux les aliénés de cette espèce : au moment où ils paraissent le plus tranquilles, une *voix* leur parle, et ils se précipitent avec fureur sur les personnes qui les entourent.

La *direction* dans laquelle les voix arrivent aux hallucinés est extrêmement variable : tantôt elles descendent du ciel, tantôt elles viennent du plafond; quelquefois elles sortent de la terre, des murs, des meubles qui garnissent l'appartement. Souvent, quand le malade est seul, il entend parler derrière lui; est-il au contraire dans un lieu public, il attribue à l'une des personnes présentes les expressions qui viennent de frapper son oreille; enfin, dans ces hallucinations complexes où les troubles de la vue coïncident avec ceux de l'ouïe, le malade entend la voix des apparitions qui viennent troubler son repos. Ce sont tantôt des avertissements, tantôt des menaces, tantôt des paroles affectueuses qui lui sont adressées; souvent même il s'entretient avec ces fantômes et soutient avec eux une conversation prolongée.

Les voix paraissent quelquefois venir d'un point éloigné, et même d'une grande distance. Une dame anglaise se plaignait de s'entendre adresser à chaque instant des injures qui semblaient partir de la maison voisine : elle finit un jour par perdre patience, et crut devoir acheter cet immeuble, pour en chasser les locataires ; mais, à sa grande surprise, ils continuèrent à l'insulter, même après leur départ (1).

Ce sont quelquefois les organes intérieurs qui semblent être le point de départ des voix perçues par le malade. Une vieille aliénée entendait chanter des cantiques dans son estomac ; une mélancolique, observée par Pinel, indiquait un point, à la région postérieure de la tête, où semblaient se produire les hallucinations ; enfin, rien n'est plus fréquent que de voir des malades obsédés par des voix qui partent de l'épiglotte ; c'est la forme la plus commune des troubles sensoriels de cette espèce, qu'il ne faut pas confondre avec les illusions de l'hypochondrie.

Pour achever le tableau des hallucinations de l'ouïe, au point de vue physique, il nous reste à signaler l'un des faits les plus curieux que l'observation nous révèle : c'est que la *surdité*, loin de mettre obstacle à ces phénomènes, paraît en être l'une des causes prédisposantes les plus efficaces. Presque tous les aliénés sourds, en effet, finissent par avoir des hallucinations de l'ouïe. Souvent, en pareil cas, on trouve à l'autopsie des lésions très prononcées de l'appareil auditif.

C'est sans doute dans des conditions analogues que se produisent ces hallucinations singulières, qui ne sont perçues que d'un seul côté. Bien que les faits de ce genre soient extrêmement rares, il en existe des cas bien authentiques :

(1) Blandford, *Insanity and its Treatment*, London, Simpkin and Marshall, 1871, p. 155.

Pinel, Griesinger, MM. Calmeil, Baillarger et Moreau (de Tours), ainsi que plusieurs autres observateurs, en ont rapporté des exemples fort remarquables, et qui sont trop connus pour que je songe à les reproduire ici. Je ne veux citer ici qu'un seul fait : Schrœder van der Kolk a donné des soins à une femme qui se croyait poursuivie par le diable; elle l'entendait proférer les blasphèmes les plus affreux. Pour faire exorciser le malin esprit, elle s'adressa à un ecclésiastique, qui lui conseilla fort sagement de consulter un médecin. Elle se rendit donc chez l'éminent aliéniste que nous venons de citer. « De quel côté entendez-vous le diable? lui dit-il. — Je ne m'étais jamais adressé cette question, répondit-elle ; mais, en y réfléchissant, je vois que c'est toujours à gauche. » Ce fut en vain qu'on chercha à lui persuader qu'il s'agissait d'une perception complètement erronée ; elle persista dans son délire, et les divers traitements qui lui furent prescrits ne réussirent point à la guérir (1).

C'est aux phénomènes de ce genre que M. Michéa donne le nom d'*hallucinations dédoublées ;* il serait plus juste de les appeler *unilatérales*. Nous verrons plus tard l'importance que présentent ces faits exceptionnels, mais parfaitement authentiques, au point de vue de la théorie physiologique des hallucinations.

Il est un dernier point sur lequel nous ne saurions assez insister, au point de vue du désordre intellectuel qui accompagne, chez la plupart des sujets, ces troubles sensoriels. Presque toujours les hallucinations ont un caractère fâcheux : ce sont des insultes, des reproches, des menaces, des prédictions sinistres, souvent même des ordres impé-

(1) Schrœder van der Kolk, *The Pathology and Therapeutics of Mental Diseases*, p. 113. (Je cite d'après la traduction anglaise de Rudall, London, John Churchill and Sons, 1870.)

rieux qui poussent les malades à commettre des crimes. — Toutefois cette règle n'est pas sans exception, et le contraire peut avoir lieu ; certains sujets entendent des paroles flatteuses, et M. Baillarger en cite un exemple curieux. Une dame que le soin de sa toilette préoccupait beaucoup, se croyait poursuivie par deux hommes qu'elle ne pouvait apercevoir, mais qu'elle entendait pourtant ; ces personnages ne cessaient de lui adresser des compliments, et pendant qu'elle s'habillait, ils vantaient la blancheur de sa peau et tous les agréments de sa personne (1).

Hallucinations de la vue. — Il est généralement admis que les hallucinations de la vue, sous le rapport de la fréquence, viennent immédiatement après celles de l'ouïe. Griesinger va plus loin, il leur accorde la première place ; mais il est à peu près seul de son avis. Au reste, il faut tenir compte, avant tout, des conditions dans lesquelles se produisent les perversions sensorielles. S'il s'agit des hallucinations qui précèdent le sommeil, ou qui sont provoquées par des agents toxiques, celles de la vue sont incontestablement les plus fréquentes ; il en est de même pour les hallucinations qui surviennent chez les gens sains d'esprit. Chez les aliénés il en est tout autrement, et ce sont bien certainement les fausses perceptions de l'ouïe qui occupent le premier rang, sauf chez les alcooliques : ces malades, en effet, dès qu'ils tombent dans le délire, ont des hallucinations visuelles, et ce phénomène se produit chez les sujets qui, sans avoir jamais éprouvé les accidents de l'ivresse, sont habitués depuis longtemps à faire largement usage des boissons fermentées.

Les hallucinations de la vue, comme celles de l'ouïe, peu-

(1) Mémoire cité, p. 281.

vent être simples ou compliquées. Tantôt le malade ne voit qu'une lumière, des flammes, des points nébuleux ; tantôt il aperçoit des ombres, des fantômes indistincts et mal dessinés ; tantôt, enfin, les images se présentent avec les couleurs les plus vives et les contours les plus arrêtés; la perception fausse revêt alors tous les caractères de la réalité.

Souvent le malade n'aperçoit qu'une seule figure, un seul objet, toujours le même pendant un long espace de temps. Un médecin, qui finit par se suicider dans un accès de lypémanie, ne pouvait se retourner sans apercevoir à côté de lui une petite vache noire (1). — Une dame, d'ailleurs parfaitement saine d'esprit, voyait un chat sur l'escalier de sa maison toutes les fois que sa santé était dérangée : un régime tonique faisait bientôt justice de cette apparition (2).

Mais les hallucinations les plus complètes de la vue sont celles où plusieurs personnages se réunissent autour du malade pour jouer un drame plus ou moins compliqué. L'un des faits les plus authentiques, et en même temps les plus curieux de ce genre, est l'observation célèbre du libraire Nicolaï, qui, à la suite de vives et pénibles émotions, vit sa chambre se remplir d'une multitude de figures, représentant quelquefois des amis, mais le plus ordinairement des personnes inconnues. Ces apparitions se dissipèrent graduellement à la suite d'une application de sangsues.

Les dimensions naturelles des objets sont tantôt agrandies, tantôt rapetissées; d'autres fois, elles grandissent ou diminuent progressivement. Bostock, médecin anglais, qui nous a laissé l'histoire de ses propres hallucinations, voyait, à certains moments, une multitude de petites figures

(1) Baillarger, Mémoire cité, p. 312.
(2) Blandford, *op. cit.*, p. 150.

humaines qui s'éloignaient par degrés comme une suite de médaillons (1). — Un employé, qui d'ailleurs ne délirait sur aucun sujet, était tourmenté tous les jours par une vision singulière. Il apercevait tout à coup une araignée suspendue à un fil, au milieu de sa chambre ; il la voyait grandir progressivement devant ses yeux, et remplir enfin toute la pièce, dont il était forcé de sortir, pour n'être point étouffé par cet horrible et gigantesque animal (2).

La direction dans laquelle se voient les images est loin d'être toujours la même ; habituellement placées en face du sujet, elles peuvent se trouver de côté, et sont quelquefois situées de telle manière qu'on ne peut les apercevoir qu'en se retournant. L'apparition occupe quelquefois un point déterminé, où les yeux la retrouvent chaque fois qu'ils se portent de ce côté.

Les hallucinations de la vue apparaissent le plus souvent d'une manière subite ; quelquefois cependant elles semblent se développer graduellement ; elles sont quelquefois interceptées par l'interposition d'un corps opaque ; elles peuvent intercepter aussi la vue des objets placés derrière elles. Certains malades n'aperçoivent que dans l'obscurité les visions qui les obsèdent ; chez d'autres, les apparitions ne se montrent qu'en plein jour et l'obscurité les fait disparaître. Quelquefois c'est en fermant les yeux qu'on les voit ; dans d'autres cas, c'est en fermant les yeux qu'on les fait cesser. Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer toutes les combinaisons qui peuvent se produire chez les halluci-

(1) Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, 2e édition, Paris, 1852, p. 54.

(2) Bayle, *Revue médicale*, 1825, t. I, p. 34.

nés. Notons seulement trois points d'une grande importance avant de quitter ce sujet.

1° Les aveugles sont sujets aux hallucinations de la vue, comme les sourds à celles de l'ouïe; mais ces troubles sensoriels sont bien plus fréquents chez les seconds que chez les premiers.

2° Les hallucinations de la vue, comme celles de l'ouïe, peuvent ne se montrer que d'un seul côté.

3° Les images fantastiques suivent quelquefois le mouvement des yeux : Bostock a observé ce phénomène singulier sur lui-même.

Ajoutons enfin que certains hallucinés peuvent dédoubler les images qu'ils aperçoivent, en dérangeant, par la pression du doigt, le parallélisme des axes oculaires. Quelques cas de ce genre se trouvent disséminés dans divers auteurs.

Un aliéniste des plus distingués, M. le docteur Despine, a bien voulu me communiquer une observation inédite, qui présente un grand intérêt à ce point de vue. Le malade était un jeune homme, qui, sans être aliéné, présentait des crises extatiques pendant lesquelles il voyait la Vierge et l'entendait parler. Saisissant le moment où il disait : « Je vois la Vierge ! » M. Despine comprima légèrement à travers les paupières le côté d'un des yeux, en demandant au malade s'il voyait une ou deux images de la Vierge. Il répondit aussitôt : « J'en vois deux, une ici et une autre là. » La distance indiquée n'était pas grande. Cette expérience, répétée à plusieurs reprises, a toujours donné le même résultat.

J'ai constaté le même phénomène chez une jeune femme hystérique, qui tombait très facilement en état de somnambulisme. Elle avait alors des visions qui se rappor-

taient presque toujours à des sujets religieux; et l'on parvenait toujours, en comprimant le globe oculaire, à dédoubler l'image qu'elle avait devant les yeux.

M. le docteur Pick, de Prague, m'a signalé un fait plus singulier encore : il s'agit d'un malade qui avait des hallucinations *hémiopiques;* il ne voyait que la moitié des images fantastiques qui venaient se placer devant ses yeux.

On peut rapprocher de ces troubles pathologiques la faculté vraiment étrange que possèdent certains peintres de reproduire de mémoire les objets qu'ils n'ont vus qu'une seule fois. Cette puissance de l'imagination et de la mémoire atteint, chez certains artistes, les proportions d'une véritable hallucination.

Un peintre qui avait hérité en grande partie de la clientèle du célèbre Josué Reynolds et se croyait un talent supérieur au sien, était si occupé, qu'il m'avoua, dit Wigan, avoir peint dans une année trois cents portraits grands et petits. Ce fait paraît physiquement impossible; mais le secret de sa rapidité et de son étonnant succès était celui-ci : il n'avait besoin que d'une séance pour représenter le modèle. Je le vis exécuter sous mes yeux, en moins de huit heures, le portrait d'un monsieur que je connaissais beaucoup; il était fait avec le plus grand soin et d'une ressemblance parfaite.

Je le priai de me donner quelques détails sur son procédé; voici ce qu'il me répondit :

« Lorsqu'un modèle se présentait, je le regardais attentivement pendant une demi-heure, esquissant de temps en temps sur la toile. Je n'avais pas besoin d'une plus longue séance. J'enlevais la toile et je passais à une autre personne.

« Lorsque je voulais continuer le premier portrait, je prenais l'homme dans mon esprit, je le mettais sur la chaise, où je l'apercevais aussi distinctement que s'il y eût été en

réalité, et je puis même ajouter avec des formes et des couleurs plus arrêtées et plus vives. Je regardais de temps à autre la figure imaginaire, et je me mettais à peindre; je suspendais mon travail pour examiner la pose absolument comme si l'original eût été devant moi ; toutes les fois que je jetais les yeux sur la chaise, je voyais l'homme.

« Cette méthode m'a rendu très populaire ; et comme j'ai toujours attrapé la ressemblance, les clients étaient enchantés que je leur épargnasse les ennuyeuses séances des autres peintres.

« Peu à peu je commençai à perdre la distinction entre la figure imaginaire et la réelle, et quelquefois je soutenais aux modèles qu'ils avaient déjà posé la veille. A la fin, j'en fus persuadé, et puis tout devint confusion. Je suppose qu'ils prirent l'alarme... Je ne me rappelle plus rien... Je perdis l'esprit et restai trente ans dans un asile (1). »

L'imagination peut opérer à cet égard les mêmes prodiges que la mémoire. Le peintre anglais Martinn voyait à l'avance les tableaux dont il avait médité la composition. On rapporte qu'un jour une personne se trouvant placée entre lui et le point où se dessinait sa vision, il la pria de se déranger parce qu'elle lui cachait une partie du tableau qu'il était occupé à reproduire (2).

Hallucinations du goût et de l'odorat. — Rien de plus fréquent que d'entendre les aliénés, surtout au début de la folie, se plaindre que leurs aliments sont empoisonnés, qu'on y mêle de la terre, du plâtre, des excréments ; ces fausses perceptions sont presque toujours liées à un état saburral qu'une médication évacuante fait promptement dis-

(1) Brierre de Boismont, *op. cit.*, p. 30.
(2) Baillarger, Mémoire cité, p. 332.

paraître, ainsi que les troubles sensoriels qui en sont la conséquence. D'autres malades, au contraire, éprouvent des saveurs délicieuses et s'imaginent déguster les mets les plus exquis.

Les sorciers, quand ils assistaient au sabbat, prenaient part à des festins splendides, qui cependant n'apaisaient ni la faim ni la soif. Il est évidemment fort difficile de séparer ici les illusions des hallucinations; car toutes ces impressions diverses, soit agréables, soit pénibles, peuvent fort bien être provoquées par une cause purement physique, agissant directement sur les organes du goût, comme la saveur sucrée que ressentent si souvent les diabétiques.

Les hallucinations de l'odorat présentent souvent un caractère mieux défini. Beaucoup de malades croient exhaler une odeur fétide qui les rend un objet de dégoût pour tous ceux qui les approchent. Blandford (1) rapporte à ce sujet l'observation d'un hypochondriaque qui ne voulait s'asseoir que sur une chaise de paille, parce que, disait-il, l'odeur qu'il exhalait aurait infecté des meubles recouverts d'étoffe et de velours. — Une jeune personne, chaque fois que le médecin venait lui rendre visite, lui présentait son flacon de sels, afin qu'il ne fût pas incommodé par les émanations de sa personne.

Un de mes camarades de collège, à l'âge de dix-sept ans, fut persuadé que sa présence avait tellement empesté la classe, qu'il avait fallu ouvrir les portes et les fenêtres, et que les professeurs et les élèves avaient hautement manifesté leur dégoût. Cette singulière aberration, qui persista pendant de longues années, devint longtemps après le point de départ d'une lypémanie, qui se termina par la démence.

(1) *Op. cit.*, p. 157.

Les hallucinations de ce genre ne sont pas toujours rapportées par les aliénés à leur propre personne ; ils croient souvent qu'on empoisonne l'atmosphère qu'ils respirent, à l'aide d'une foule de procédés divers. Un vieil horloger, que j'ai observé à Bicêtre, dans le service de M. Moreau (de Tours), prétendait que ses ennemis avaient percé des trous dans les murs de sa chambre pour lui lancer des odeurs insupportables. Ce malade, qui se livrait depuis longtemps à la masturbation, et dont l'intelligence était d'ailleurs profondément altérée, n'éprouvait aucun autre trouble sensoriel.

L'odorat, comme le goût, peut être affecté par des hallucinations d'une nature agréable. Certains extatiques croient respirer l'odeur de la myrrhe, de l'encens, des parfums les plus exquis. J'ai vu moi-même à l'Hôtel-Dieu, dans le service de clinique médicale, un jardinier atteint d'aliénation mentale, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, et qui croyait se promener dans des bosquets de jasmin et de chèvrefeuille, dont il aspirait bruyamment la senteur parfumée. — N'oublions pas que les cas de ce genre sont une exception fort peu commune à la règle générale.

C'est surtout lorsqu'elles font partie de ces troubles complexes, qui intéressent plusieurs sens à la fois, que les hallucinations de l'odorat acquièrent un caractère précis et nettement défini. — Nous nous bornerons à rappeler le fait si remarquable observé par Andral sur lui-même. Au début des ses études médicales, il avait été frappé, dans un amphithéâtre d'anatomie, de la vue d'un cadavre d'enfant, à demi rongé par les vers. Le lendemain, à son réveil, il revit tout à coup le cadavre de cet enfant. « Il était là, *je sentais son odeur infecte* », dit Andral, qui d'ailleurs n'a

pas été dupe un seul instant de cette erreur des sens (1).

Hallucinations du toucher. — Les hallucinations du toucher sont extrêmement variables, et rien n'est plus malaisé que de les ranger dans une classification méthodique. On peut cependant les diviser en deux grandes classes : les unes se rapportent à des hyperesthésies ou des perversions du sens tactile, les autres à des anesthésies plus ou moins complètes.

Il est des aliénés qui se sentent frappés par des mains invisibles : ils sont pincés, brûlés, électrisés ; ils reçoivent des douches froides, ils se sentent plongés dans l'eau, ils craignent de se noyer. — D'autres sentent courir des rats ou d'autres animaux sur diverses parties du corps. Berbiguier, qui a consacré trois gros volumes à l'histoire de ses hallucinations, donnait la chasse aux farfadets pendant la nuit ; il les attrapait avec beaucoup d'adresse, et les clouait au mur avec des épingles. — Enfin, il n'est pas rare de voir des femmes se plaindre qu'on vient leur sucer le sein pendant la nuit.

Une autre hallucination très commune, soit parmi les aliénés, soit parmi les gens d'esprit sain, consiste à se sentir frappé sur l'épaule, ou brusquement saisi par une main invisible : lorsque cette main est glacée, cette sensation éveille volontiers l'idée d'une apparition d'outre-tombe.

Les hallucinations qui se rattachent à une anesthésie générale ou partielle sont d'une tout autre nature et semblent se rattacher à une abolition ou à une perversion plus ou moins complète du sentiment de l'identité. Telle était cette malade, dont parle Esquirol, qui, frappée d'une anesthésie presque complète de la surface de la peau, croyait

(1) Andral, *Pathologie interne*, t. III, p. 184.

que le diable avait emporté son corps (1). Tel était ce soldat blessé à Austerlitz, et qui depuis cette époque s'était toujours considéré comme mort; lorsqu'on lui demandait des nouvelles de sa santé, il répondait invariablement : « Vous demandez comment va le père Lambert; mais le père Lambert n'existe plus : il a été emporté par un boulet de canon... Ce que vous voyez là n'est pas lui; c'est une machine qu'ils ont faite à sa ressemblance, et qui est bien mal faite (2). » — Cet homme offrait une anesthésie complète de la surface cutanée.

C'est peut-être à des troubles sensoriels de cette espèce qu'il faut rattacher le délire des individus qui s'imaginent être transformés en théière, en porcelaine ou en soupière; qui prétendent que leur corps est en verre, et qu'il ne faut point y toucher, de crainte de le briser, ou qu'ils sont faits de beurre ou de cire, et que s'ils approchaient du feu, ils risqueraient d'être fondus. Ces conceptions délirantes se rattachent peut-être à une hallucination du toucher, ou à une anesthésie plus ou moins généralisée.

Hallucinations du sens génital. — Depuis les impressions les plus vagues jusqu'aux sensations du coït complet, les organes génitaux peuvent être le siège d'une irritation morbide qui rappelle, de près ou de loin, les phénomènes de l'excitation physiologique. Ces hallucinations se montrent surtout dans le sexe féminin; il faut leur attribuer les récits des sorcières qui croyaient se rendre au sabbat pour avoir commerce avec le diable; il faut leur attribuer les légendes où figurent des démons incubes ou succubes; il faut y rapporter, enfin, les plaintes des aliénées qui prétendent

(1) *Op. cit.*, p. 494.

(2) Foville, art. ALIÉNATION, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, Paris, 1829.

avoir été violées, pendant leur sommeil, par des individus qu'elles désignent nominativement, et qu'elles choisissent habituellement dans leur entourage. On sait que les personnes soumises à l'inhalation du chloroforme sont exposées à des hallucinations de ce genre ; nous en citerons un exemple frappant.

Une dame se rend chez un dentiste pour subir une opération douloureuse. Soumise à l'action du chloroforme, elle s'endort facilement, et demeure insensible en apparence jusqu'au moment du réveil. Mais, à peine sortie du sommeil anesthésique, elle adresse les plus vifs reproches à son mari, qu'elle accuse d'avoir eu des rapports intimes avec elle, en présence de témoins. En vain s'efforce-t-on de la convaincre de son erreur, elle a tout senti, tout entendu, dit-elle : on a voulu se livrer sur elle à une expérience des plus coupables.

Plusieurs mois après, cette dame, d'ailleurs très raisonnable, était parfaitement convaincue de la réalité de cet outrage imaginaire, dont le souvenir l'impressionnait au point de lui faire verser des larmes abondantes. Il y avait eu, dans ce cas, une véritable hallucination génitale sous l'influence d'un agent toxique (1).

On trouvera dans le mémoire de M. Baillarger le récit détaillé d'un fait de ce genre, où les hallucinations ne le cédaient en rien à la réalité (2). La malade, d'ailleurs parfaitement saine d'esprit, a fort bien décrit ses fausses perceptions dans une série de lettres, qui contiennent à cet égard les détails les plus remarquables.

Plusieurs aliénées se croient en état de grossesse, ou sur

(1) *Journal des connaissances médicales pratiques*, 30 janv. 1875.
(2) Mémoire cité, p. 344.

le point d'accoucher : on en voit même qui prétendent avoir ressenti les douleurs de l'enfantement. Chose étrange! ce genre d'hallucination n'est point l'apanage exclusif du sexe féminin; on rencontre des hommes qui prétendent traverser toutes les phases de la grossesse jusqu'à la parturition inclusivement.

Hallucinations internes. — Plusieurs malades éprouvent à l'intérieur du corps des sensations étranges qui tantôt se rapportent à des lésions réelles, et tantôt ne paraissent résulter d'aucune altération appréciable.

J'ai connu à Bicêtre, dans le service de M. Moreau (de Tours), un paysan alsacien qui se plaignait d'avoir son curé dans le ventre. La présence de cet hôte incommode était la cause d'une douleur sourde et permanente; mais de temps en temps quatre curés du voisinage se réunissaient au premier, pour tenir un *concile*, dont le siège était dans la fosse iliaque gauche. Les douleurs du malade devenaient alors intolérables. Cet aliéné mourut subitement étouffé par un bol alimentaire qu'il avait avalé de travers. A l'autopsie, on trouva le côlon descendant atteint d'une entérite chronique dans un espace de huit à dix centimètres. Ce point malade correspondait très exactement au siège du concile.

Il en était de même chez la malade observée par Esquirol, qui croyait aussi qu'elle avait un concile dans le ventre, et qui s'écriait de temps en temps : « Je n'y puis plus tenir! quand donc fera-t-on la paix de l'Eglise? » Cette femme mourut d'une péritonite chronique (1).

Un mélancolique éprouvait très souvent des borborygmes qui le jetaient dans l'anxiété la plus grande. Pressé de

(1) *Op. cit.*, t. I, p. 211.

questions, il finit par avouer qu'il croyait avoir des oiseaux dans le ventre, et qu'il craignait de les voir s'échapper et dévoiler ainsi cette déplorable infirmité (1).

Les faits de ce genre peuvent passer pour des illusions; mais les sensations de certains hypochondriaques constituent de véritables hallucinations, selon la définition classique du mot. Peut-être ne s'agit-il, en définitive, que de sensations confuses et mal définies, qui ne sont ni des illusions ni des hallucinations, et que les sujets expliquent de leur mieux, selon les pauvres ressources de leur esprit malade.

Hallucinations de la sensibilité générale. — Certains aliénés éprouvent des hallucinations qu'on ne peut rapporter à aucun sens en particulier. Tels étaient les lycanthropes, qui, sous l'influence de certaines pratiques de sorcellerie, sentaient leurs membres se couvrir de poils, s'imaginaient que leur visage changeait de forme, et se croyaient transformés en loups; tels sont ces aliénés que nous observons de nos jours, qui sentent leur corps ou leur tête se gonfler, leurs membres s'allonger ou se raccourcir, qui s'élèvent involontairement dans les airs ou se sentent transportés avec une rapidité prodigieuse à travers l'espace. Les hallucinations de ce genre se combinent assez souvent avec celles des autres sens.

Hallucinations complexes. — Ainsi que l'ont remarqué tous les auteurs, les hallucinations de plusieurs sens réunis sont infiniment moins fréquentes que les hallucinations isolées : elles offrent en même temps une gravité incontestable au point de vue pathologique. En effet, non seulement l'état

(1) Falret père, *Cours clinique et théorique sur les maladies mentales* (*Gazette des hôpitaux*, 22 août 1850).

cérébral qui préside à de telles manifestations est d'un pronostic plus fâcheux, mais encore il est plus difficile au malade de résister aux convictions erronées qui tendent à s'emparer de son esprit. Aussi longtemps qu'il peut corriger les erreurs d'un sens par le témoignage des autres, il conserve un moyen de reconnaître la vérité, qui lui échappe complètement lorsqu'ils se réunissent tous ensemble pour le tromper. Aussi les visions miraculeuses qui jouent un si grand rôle dans les récits des mystiques étaient-elles presque toujours fondées sur des hallucinations complexes; et ces récits, qui frappent l'imagination d'une terreur mystérieuse, ont une tendance à s'imposer à l'entourage du malade, ainsi que l'histoire l'a souvent démontré.

Le paysan Martin, pendant qu'il travaille à son champ, voit un ange qui lui ordonne d'aller trouver le roi pour lui dénoncer une conspiration contre le gouvernement; il part pour Paris, où il attire l'attention au point d'obtenir une audience de Louis XVIII. Au sortir des Tuileries, il est interrogé par Pinel, qui le fait conduire à Charenton. Si ce malade, au lieu de voir une apparition semblable, n'avait eu qu'une simple hallucination de l'ouïe, il n'aurait pas obéi peut-être aux ordres de la *voix*, mais, en tout cas, il lui eût été difficile de se faire écouter par des hommes éclairés.

Quand il existe des hallucinations de plusieurs sens réunis, ces perceptions erronées ont ordinairement entre elles des rapports intimes; preuve évidente que la logique n'a pas complètement abdiqué ses droits. Le diable laisse après lui une odeur sulfureuse. Un malade, dont Marc a rapporté l'histoire, léchait perpétuellement les murs de sa chambre : il croyait manger des oranges du Japon; le goût et l'odorat lui retraçaient la saveur et le parfum de ces fruits. Enfin, les

apparitions qui adressent la parole aux malades tiennent presque toujours un langage approprié à leur caractère : les anges, les démons, les esprits des morts se renferment plus ou moins exactement dans leur rôle.

Toutefois, comme le fait observer M. Baillarger (1), chez la plupart des malades les hallucinations d'un sens prédominent à tel point, que les autres sont rejetés sur le second plan. C'est ce qui a lieu surtout dans les maladies aiguës, où les hallucinations complexes sont beaucoup plus fréquentes que dans les affections chroniques. Au reste, chez beaucoup d'aliénés les fausses perceptions n'affectent d'abord que la vue ou l'ouïe ; et c'est à mesure que l'état général s'aggrave en se prolongeant que de nouvelles hallucinations viennent se joindre à celles qui existaient déjà.

Nous empruntons à Forbes Winslow (2), en l'abrégeant considérablement, une intéressante observation qui, par la marche progressive des accidents et leur évolution régulière, vient à l'appui des considérations que nous venons d'exposer.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans qui, depuis plusieurs années, était atteinte d'hallucinations très variées, dont elle a tracé elle-même le récit. C'est à l'âge de quinze ans qu'elle éprouva pour la première fois une illusion de la vue. Elle se disposait à se rendre à un bal et s'occupait des soins de sa toilette, lorsque tout à coup, en jetant un regard dans la glace, elle vit apparaître derrière sa propre image la tête d'un homme à cheveux gris. Malgré sa frayeur, elle eut assez de présence d'esprit pour détourner les yeux et chercher à se distraire en continuant à s'oc-

(1) Mémoire cité, p. 357.

(2) *On Obscure Diseases of the Brain*, etc. London, Churchill, 1860, p. 239.

cuper, mais, chaque fois qu'elle se regardait de nouveau dans la glace, elle voyait reparaître la même figure. Quelques jours plus tard, elle apprit que son oncle venait de mourir. A partir de cette époque, elle eut une tendance à croire que la mort de ses proches lui était annoncée par des visions surnaturelles. D'autres évènements vinrent l'affermir dans cette conviction. Quelques mois après le décès de son oncle, elle fut présentée au frère d'une de ses amies, M. B..., qui se disposait à partir pour les Indes orientales; c'était un superbe jeune homme de vingt ans, dont la belle figure, encadrée d'une chevelure abondante et frisée, fit une vive impression sur elle. Le 8 novembre suivant, en se réveillant le matin de bonne heure, elle vit M. B... debout au pied de son lit, penché sur elle et le regard plongé dans ses yeux. Elle s'assit sur son lit, et l'apparition se redressa d'abord, puis recula peu à peu et finit par disparaître entièrement. Pendant tout le reste de la journée, elle entendit une main invisible frapper des coups secs contre le mur. Elle fut convaincue, à partir de ce jour, que M. B... était mort; elle fit part de cette triste nouvelle à la famille, qui se moqua de sa crédulité. Peu de temps après, on apprit que M. B... avait succombé, le 8 novembre, à une fièvre typhoïde (1). L'année suivante, au même anniversaire, elle vit reparaître la figure de son jeune ami. Quelques années s'étaient écoulées, lorsque de nouvelles visions lui annoncèrent la mort de son père et de sa sœur. Un soir, toute la

(1) Il ne faut pas oublier que cette observation a été rédigée par la malade elle-même, qui écrivait évidemment sous l'empire de ses conceptions délirantes : c'est ce qui explique le côté *merveilleux* de l'histoire. Sous sa plume, la coïncidence d'un évènement malheureux avec l'une des hallucinations qui l'obsédaient sans cesse, prend immédiatement les proportions d'un fait surnaturel.

famille était réunie autour d'une table sur laquelle brûlaient deux lampes allumées. En levant les yeux sur son père, elle vit une femme inconnue, en habits de deuil, se tenir debout derrière lui. Quelques jours plus tard, en se regardant dans la glace, elle vit la figure de sa jeune sœur qui devait bientôt mourir ; en même temps, elle entendit tomber un grand nombre de pièces d'argent sur le plancher de la chambre. La veille du jour où son père tomba malade, elle lisait tranquillement, à neuf heures du soir, auprès de sa mère qui venait de s'endormir ; tout à coup elle entendit tambouriner sur la table ; en levant les yeux, elle aperçut un homme vêtu de noir, assis devant elle ; il disparut au bout de quelques secondes. Enfin, huit jours avant la mort de son père, elle reposait tranquillement sur son lit, sans être endormie, lorsque tout à coup, à sa grande frayeur, elle sentit une main glacée s'appesantir sur elle et lui serrer le cou. Depuis cette époque, de nombreuses apparitions du même genre lui ont annoncé la mort prochaine de divers membres de sa famille. Il lui arrive souvent, d'ailleurs, de revoir ses amis décédés, et quelquefois de les entendre.

Dans cette curieuse observation, nous voyons les hallucinations croître et se développer parallèlement aux convictions délirantes. Les troubles de la vue se montrent les premiers et conservent toujours la prédominance ; mais bientôt, à mesure que la malade acquiert la conviction de plus en plus ferme qu'elle est en communication avec le monde des esprits, aux hallucinations de la vue se joignent celles de l'ouïe, puis celles du toucher. Il est évident que la gravité toujours croissante de l'état mental était en rapport direct avec le nombre, l'intensité et la multiplicité des hallucinations. En se plaçant à ce point de vue, l'obser-

vation que nous venons de rapporter peut servir de type ; mais la marche des symptômes est loin d'être aussi régulière dans tous les cas d'hallucinations complexes, surtout lorsqu'elles se développent dans le cours d'une maladie aiguë.

Hallucinations psychiques. — Il est des malades chez qui les fausses impressions ne semblent dépendre en aucune manière des perceptions sensorielles ; ce sont des pensées qui prennent la forme d'une conversation tout intérieure, des idées qui se transmettent d'âme à âme sans le secours de la parole, des dialogues muets avec des interlocuteurs invisibles ; ces phénomènes, dans lesquels l'intervention des sens ne paraît jouer aucun rôle, ont été décrits par M. Baillarger sous le nom d'*hallucinations psychiques.* On trouve une description souvent très complète de ce phénomène dans les écrits des auteurs mystiques ; et dans la plupart des cas, c'est au sens de l'ouïe que s'adressent ces perceptions intimes : ce sont des discours *pensés* par le malade. Toutefois, la vue et les autres sens peuvent y prendre part. Nous avons vu dernièrement dans le service de M. le docteur Bouchereau, à Sainte-Anne, une jeune femme qui présente au degré le plus élevé cette disposition morbide, et qui exprime dans un langage souvent très élevé les phénomènes qu'elle éprouve. Ainsi, pour le sens de la vue : « Les rayons de lumière, » dit-elle, « sont des paroles, qui m'apportent des pensées. » Pour le sens de l'odorat : « Le parfum des violettes se glisse dans mon corsage et parvient à mon esprit. » Ajoutons que cette malade, employée chez un pharmacien pour écrire les étiquettes des médicaments, a souvent commis des erreurs dues aux suggestions de ses voix intérieures : « Heureusement » ajoute-t-elle, « que je n'ai envoyé personne dans le royaume des oublis. »

Il semble donc exister dans ces manifestations morbides, autre chose qu'une perturbation purement psychique : on entrevoit confusément, dans ces faux pas de l'esprit, un élément purement sensoriel.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces singuliers phénomènes. Nous croyons devoir les rattacher aux troubles de l'intelligence ; ils semblent, en effet, constituer une transition entre les conceptions délirantes et les hallucinations proprement dites. Nous reviendrons sur ce sujet dans la leçon prochaine.

QUATRIÈME LEÇON

DES HALLUCINATIONS (SUITE).

Sommaire. — Etat moral des hallucinés. — Dédoublement de la personnalité. — Perte du sentiment de l'identité. — Conversations avec des interlocuteurs imaginaires. — Rapport des hallucinations avec les idées, les souvenirs et les préoccupations du malade. — Analogie entre l'hallucination et le rêve. — Hallucinations hypnagogiques. — Les hallucinés sont-ils toujours fous ? — Existe-t-il des hallucinations physiologiques? — Causes des hallucinations. — Circonstances qui peuvent accidentellement les provoquer. — Effets de l'électricité. — Traitement des hallucinations. — Théorie physiologique des fausses perceptions sensorielles. — Conclusions.

Messieurs,

Jusqu'ici nous avons consacré toute notre attention aux phénomènes purement sensoriels qui caractérisent les hallucinations ; il nous reste à étudier maintenant l'état intellectuel des hallucinés, qui nous présente à résoudre toute une série de problèmes, non moins intéressants pour le physiologiste que pour le philosophe. Nous serons sobres d'ailleurs à cet égard ; nous éviterons toute digression inopportune, et nous aurons soin de nous maintenir rigoureusement sur le terrain médical.

Messieurs, l'un des faits les plus étranges et en même temps les mieux constatés qui se rattachent à l'étude des hallucinations est ce trouble singulier du sentiment de l'identité qui porte quelquefois le malade à douter de sa propre existence et qui l'amène souvent à reconnaître deux personnes différentes en lui, deux intelligences, deux vo-

lontés absolument distinctes et quelquefois diamétralement opposées. Cette perturbation intellectuelle, dont nous chercherons bientôt à donner une explication plausible, impose à certains aliénés la conviction qu'ils sont possédés par un mauvais esprit, ou que le diable s'est emparé de leur âme. Telle était la condition du malade dont Bottex a rapporté l'observation (1). Nous en reproduisons ici quelques passages.

Depuis quinze ans, X... est continuellement tourmenté par un esprit immonde, qui est l'âme d'un nommé M..., qu'il a connu dans le département du Pas-de-Calais. Cette âme venait quelquefois habiter son corps, et en sortait après un temps assez court. Etant restée une fois plus longtemps qu'à l'ordinaire, elle trouva mort et enterré le corps qu'elle avait animé jusque-là ; elle revint dans le sien, où elle a fait dès lors élection de domicile... Elle le tourmente et l'agite sans cesse ; elle lui parle, l'appelle par son nom, s'immisce à ses idées, et s'oppose même à ce qu'il puisse prier pour sa délivrance ; elle lui commande de se soumettre à sa puissance et de l'adorer, etc. Comme il n'a jamais voulu se rendre aux désirs de cet esprit immonde, il est sans cesse menacé et persécuté.

Beaucoup d'aliénés sentent ainsi la présence d'un ennemi invisible qui les poursuit sans cesse, pénètre dans leur corps, s'empare de leurs pensées, et les oblige soit à proférer des paroles insensées, soit à commettre des actes criminels. L'un des exemples les plus frappants de ce genre particulier de délire est un respectable ecclésiastique qui, ayant eu le malheur d'être chargé d'exorciser les religieuses de Loudun, après la mort tragique d'Urbain Grandier, devint

(1) *Essai sur les hallucinations*, Lyon, 1836, p. 56.

aliéné lui-même et crut être tombé au pouvoir des démons qu'il avait chassés de leur habitation première. Il nous a légué le récit véridique et naïf de ses souffrances, dans une lettre écrite à un de ses amis, et que nous reproduisons ici, en supprimant quelques détails inutiles (1).

Lettre du révérend père Surin, jésuite, exorciste des religieuses Ursulines de Loudun, écrite à un sien ami jésuite.

Depuis la dernière lettre que je vous ai écrite, je suis tombé en un état bien éloigné de ma prévoyance, mais bien conforme à la providence de Dieu sur mon âme... Je suis en perpétuelle conversation avec les diables, où j'ai eu des fortunes qui seraient trop longues à vous déduire et qui m'ont donné plus de sujet que je n'eus jamais de connaître et d'admirer la bonté de Dieu. Je vous en veux dire quelque chose, et je vous en dirais davantage si vous étiez plus secret. Je suis entré en combat avec quatre démons des plus puissants et malicieux de l'enfer... Tant y a que, depuis trois mois et demi, je ne suis jamais sans avoir un diable auprès de moi en exercice. Les choses en sont venues si avant, que Dieu a permis, je pense, pour mes péchés, ce qu'on n'a peut-être jamais vu en l'Eglise, que, dans l'exercice de mon ministère, le diable passe du corps de la personne possédée et, venant dans le mien, m'assaut et me renverse, m'agite et me traverse visiblement, en me possédant quelques heures comme un énergumène. Je ne saurais vous expliquer ce qui se passe en moi durant ce temps, et comme cet esprit s'unit avec le mien, sans m'ôter ni la connaissance ni la liberté de mon âme, en se faisant néanmoins comme un autre moi-même et comme si j'avais deux âmes,

(1) Calmeil, *De la folie*, etc. Paris, Baillière, 1845, t. II, p. 58.

dont l'une est dépossédée de son corps, de l'usage de ses organes, et se tient à quartier en voyant faire celle qui s'y est introduite. Les deux esprits se combattent dans un même champ, qui est le corps, et l'âme est comme partagée. Selon une partie de soi, elle est le sujet des impressions diaboliques et, selon l'autre, des mouvements qui lui sont propres ou que Dieu lui donne. En même temps, je sens une grande paix, sous le bon plaisir de Dieu, et sans connaître comme vient une rage extrême et aversion de lui, qui produit comme des impétuosités pour s'en séparer, qui étonnent ceux qui les voient ; et en même temps une grande joie et douceur, et d'autre part une tristesse qui se produit par des lamentations et cris semblables à ceux des démons. Je sens l'état de damnation et l'appréhende, et me sens comme percé des pointes du désespoir en cette âme étrangère, qui me semble mienne ; et l'autre âme, qui se trouve en pleine confiance, se moque de tels sentiments, et maudit en toute liberté celui qui les cause ; voire je sens que les mêmes cris qui sortent de ma bouche viennent également de ces deux âmes, et suis en peine de discerner si c'est l'allégresse qui les produit ou la fureur extrême qui me remplit. Les tremblements qui me saisissent quand le saint Sacrement m'est appliqué viennent également, ce me semble, d'horreur de sa présence qui m'est insupportable, et d'une révérence cordiale et douce, sans les pouvoir attribuer à l'une plutôt qu'à l'autre, et sans qu'il soit en ma puissance de les retenir. Quand je veux, par le mouvement de l'une de ces deux âmes, faire le signe de croix sur ma bouche, l'autre me détourne la main avec grande vitesse et me saisit le doigt avec les dents pour le mordre de rage. Je ne trouve guère jamais l'oraison plus facile et plus tranquille qu'en ces agitations. Pendant que le corps roule par la

place et que les ministres de l'Eglise me parlent comme à un diable et me chargent de malédictions, je ne saurais vous dire la joie que je ressens... Quand je veux parler, on m'arrête la parole ; à la messe, je suis arrêté tout court ; à la table, je ne puis porter le morceau à ma bouche ; à la confession, je m'oublie tout à coup de mes péchés et je sens le diable aller et venir chez moi comme en sa maison ; dès que je me réveille, il est là ; à l'oraison, il m'ôte la pensée quand il lui plaît ; quand le cœur commence à se dilater en Dieu, il le remplit de rage ; il m'endort quand je veux veiller ; et publiquement, par la bouche de la possédée, il se vante qu'il est mon maître, à quoi je n'ai rien à contredire. Je vous prie de me moyenner des prières, en ayant besoin. Je suis des semaines entières si stupide vers les choses divines, que je serais bien aise que quelqu'un me fît prier Dieu comme un enfant, et m'expliquât grossièrement le *Pater noster*. Le diable m'a dit : « Je te dépouillerai de tout, et tu as besoin que la foi te demeure ; je te ferai devenir hébété. »

On le voit, à travers le long espace de temps qui les sépare nos deux aliénés semblent se donner la main ; et lorsqu'on a fait la part de l'éducation, des circonstances et du milieu, la forme du délire reste identiquement la même chez le prêtre halluciné du dix-septième siècle et chez le pauvre ouvrier du dix-neuvième ; ce qui démontre bien, pour le dire en passant, que les hallucinés d'autrefois ne différaient en rien de ceux d'aujourd'hui (1).

(1) « Pour être halluciné de la sorte, dit M. Brierre de Boismont, en parlant de certains personnages historiques, il fallait avoir des convictions profondes, des croyances ardentes, un amour extrême de l'humanité ; il fallait vivre au milieu d'une société qui partageât ces sentiments et sût au besoin mourir pour eux. On marchait alors avec

Un trouble aussi profond des conditions physiques et morales sur lesquelles repose le sentiment de l'identité nous permet de comprendre, dans une certaine mesure, les erreurs étranges dont ces malades sont si souvent les victimes. Entre ce dédoublement de la personnalité, dont certains sujets nous offrent l'exemple, et ces longues conversations pendant lesquelles un interlocuteur imaginaire reproduit les idées, les sentiments et jusqu'aux souvenirs les plus intimes de l'halluciné, il n'y a qu'un pas à franchir ; et c'est en écoutant sa propre voix, pour ainsi dire, que le malade croit entendre une personne étrangère.

Un fait de ce genre est resté profondément gravé dans mes souvenirs. Il s'agit d'un jeune professeur atteint de démonomanie, dont j'ai recueilli l'observation à Bicêtre ; son histoire peut être rapportée en peu de mots.

Entré depuis l'âge de dix-neuf ans dans la carrière de l'enseignement, il a vu sa santé faiblir sous les exigences du métier, qui, suivant ses propres expressions, lui fatiguait beaucoup le cerveau. Dans ses heures de loisir, il lisait avidement tous les livres religieux qui lui tombaient entre les mains. La lecture de ces ouvrages a puissamment contribué à développer sa croyance aux esprits immatériels qui depuis longtemps étaient de sa part l'objet d'une attention inquiète : depuis longtemps il avait conçu des terreurs vagues au sujet de ces êtres invisibles, dont il redoutait l'influence, et la grande question du salut ou de la perte de l'âme était l'objet perpétuel de ses réflexions.

L'ouvrage de Jean Bodin, intitulé *Démonomanie*, celui de Mirville, *Des esprits et de leurs manifestations fluidi-*

son siècle. » *Des hallucinations*, 2e édit., préface, p. XIV. Nous croyons, au contraire, que rien n'est changé en pathologie mentale, si ce n'est la manière d'envisager les faits.

ques, ont achevé ce que les écrits religieux avaient commencé. Depuis deux mois, le sommeil l'a complètement abandonné, car il est convaincu que pendant la nuit des esprits infernaux viennent l'obséder et s'emparer de sa personne. Il accepte sa triste destinée avec une sorte de résignation mélancolique : « *Je suis damné*, dit-il; *cela me contrarie beaucoup*. » Les sensations intimes qu'il éprouve pendant les angoisses de la nuit se rapportent de la manière la plus évidente à ce dédoublement intellectuel dont nous venons de parler. « Je me sens couché, dit-il, *avec un autre moi-même*, qui me parle sans être interrogé et répond à mes pensées sans me laisser le temps de les exprimer. » Le démon lui raconte qu'il l'a suivi toute sa vie, qu'il a guetté son âme et s'en est définitivement emparé : elle lui appartient, le malade en est convaincu, car l'esprit lui rapporte dans leurs moindres détails toutes les circonstances de sa vie. Les démons le menacent de leur toute-puissance infernale; lorsqu'ils s'approchent, le malade en est averti par une gêne extrême de la respiration ; lorsqu'ils s'éloignent, il peut respirer librement. Pendant le jour, il entend à distance leurs conversations, mais sans les craindre, car ils n'ont aucun pouvoir sur lui (1).

Comme on le voit, ce jeune homme éprouvait pendant la nuit des hallucinations beaucoup plus complètes que pendant le jour : il réunissait dans sa personne les conditions du simple halluciné qui entend des voix à distance, et celles du *possédé*, qui s'entretient avec un autre lui-même, auquel il ne peut rien dissimuler, et qui pénètre jusque dans les replis les plus profonds de sa conscience. On ne saurait mieux démontrer que ces deux états sont identi-

(1) Ball, *Gazette des hôpitaux*, 31 juillet 1856.

ques et ne diffèrent que par leur degré d'intensité. Dans l'un et l'autre cas, c'est la pensée du malade qui prend une voix pour lui parler (1).

C'est ainsi que des hallucinés bien plus célèbres ont prêté aux apparitions qui les visitaient le langage, les sentiments et la logique qu'ils tiraient de leur propre fonds. C'est ainsi que, dans leurs entretiens mystérieux, le Tasse et son génie familier exprimaient tour à tour, sous une forme éminemment poétique, les pensées les plus sublimes. C'est ainsi que les angoisses patriotiques de Jeanne Darc prenaient un corps dans la personne des saints, dont les avertissements miraculeux étaient la règle de sa vie : c'est ainsi que les incertitudes, les doutes, les tourments de Luther se reproduisaient textuellement dans les argumentations du diable, qui se montrait bien plus habile logicien que son adversaire : preuve manifeste que pendant ses hallucinations Luther retrouvait dans la bouche de Satan les objections qu'il n'avait pu résoudre, et qui obsédaient habituellement son esprit.

Il est incontestable, en effet, que les fausses perceptions des hallucinés se rapportent, dans la très grande majorité des cas, aux préoccupations habituelles du sujet. C'est l'intelligence, c'est la mémoire, ce sont enfin les émotions morales qui fournissent la *matière* de ces hallucinations, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Un exemple que nous

(1) M. Maury (*op. cit.*, p. 115) attribue le dédoublement de la personnalité, chez les fous, aux ordres différents d'idées qui les agitent. Mais chez les sujets dont nous venons de parler, le délire était trop *monotone* pour justifier cette hypothèse. Notons d'ailleurs que le dédoublement se rencontre volontiers chez les aliénés hémiplégiques, qui s'imaginent être couchés avec un autre individu, parce que le contact de la moitié paralysée et anesthésique de leur corps produit chez eux la sensation de la présence d'une personne étrangère.

empruntons à M. Baillarger (1) en fournit la démonstration la plus complète.

Une femme atteinte du délire des persécutions et qui se croyait condamnée à plusieurs années de prison, entendait toute la journée la voix du préfet de police, avec lequel elle avait de longues conversations, Un jour, dit M. Baillarger, je la trouvai plus gaie que d'habitude. Elle m'apprit qu'elle avait joué avec le préfet et qu'elle lui avait gagné de l'argent; voici de quelle manière : la malade prenait au hasard, dans sa poche, un certain nombre de pièces de monnaie. Ensuite, tenant la main fermée, elle attendait que la voix du préfet de police eût dit pair ou impair. Quand elle avait bien distinctement entendu l'un des deux mots, alors elle vérifiait le nombre des pièces qu'elle avait dans la main, et voyait si elle avait gagné ou perdu. Or, voici le point qu'il importe de constater. Lorsqu'elle avait commencé à jouer à *pair* ou *non* avec le préfet de police, elle ne prenait pas, comme elle avait fait depuis, les pièces de monnaie au hasard et sans les voir. Elle savait au contraire à l'avance le nombre de celles qu'elle avait dans la main, et, chose singulière! *le préfet devinait toujours juste*. La malade perdait constamment. Pour jouer avec des chances égales, il a fallu qu'elle prît un nombre de pièces qu'elle ignorait elle-même; et alors la voix du préfet tantôt disait juste et tantôt se trompait.

Il serait difficile de mieux prouver l'intervention directe de la pensée dans les hallucinations de l'ouïe. Quant à l'influence de la mémoire, elle n'est contestée par personne. Il est facile, en effet, de démontrer que bien sou-

(1) Mém. cité, p. 289.

vent les images, les discours, les apparitions, en un mot, les hallucinations en apparence les plus spontanées ne sont en réalité que la reproduction des souvenirs ensevelis depuis longtemps dans les profondeurs inconnues de notre esprit, et qui ressuscitent, à notre insu, sous l'influence d'une excitation morbide.

Mais, sans parler de ces tableaux complexes qui résultent de l'assemblage d'une multitude d'éléments disparates, il existe de nombreuses observations où les impressions vives qui ont laissé une trace profonde dans la mémoire se reproduisent dans les hallucinations. Nous n'en citerons que deux exemples. Une jeune fille voit le feu prendre à la maison de ses parents ; aussitôt elle est atteinte d'un délire furieux, voit le feu partout, croit brûler elle-même et succombe au bout de quelques semaines ; son dernier cri est : « Au feu ! au feu (1) ! »

On assure que Méhémet-Ali, pacha d'Egypte, était sujet à un phénomène pathologique du même genre. Un jour, dans un combat, il se laissa entraîner au milieu des ennemis. Éloigné des siens, entouré de toutes parts, il allait périr. Il parvint cependant à se dégager sain et sauf ; mais l'impression qu'il avait reçue au moment du danger avait été trop profonde pour ne point laisser de traces. Longtemps après cet événement, il éprouvait, à certains intervalles, une hallucination singulière. Tout à coup, au milieu du silence du palais, on l'entendait pousser de grands cris : il se débattait avec effort, comme un homme attaqué ; cela ne durait qu'un instant ; c'était la scène du combat qui se reproduisait (2).

On ne saurait donc exagérer l'influence des dispositions

(1) Griesinger, *op. cit.*, p. 114.
(2) Pariset, cité par Baillarger, Mém. cité, p. 310.

intellectuelles et morales dans les phénomènes de cet ordre; mais, s'il est incontestable que l'imagination, la mémoire et les sentiments exercent une influence prépondérante à cet égard, il n'est pas moins bien démontré que les fausses perceptions ne présentent quelquefois aucun rapport appréciable avec les idées, les souvenirs et les affections du malade; ce sont des visions fantastiques, des apparitions bizarres, qui semblent, au premier abord, de véritables créations du hasard.

Il en est souvent de même dans les rêves, dont la profonde analogie avec le délire sensoriel à frappé presque tous les observateurs modernes. « L'homme donne un corps aux produits de son entendement; il rêve tout éveillé, » dit Esquirol en parlant des hallucinations (1). Cette idée, que la plupart des auteurs ont acceptée dans une certaine mesure, a été développée par M. Moreau (de Tours) avec une grande puissance de logique (2). On ne saurait méconnaître la ressemblance frappante, disons mieux, les rapports intimes qui relient entre eux ces deux ordres de faits; toutefois, ce rapprochement, que tout semble justifier au point de vue psychologique, n'est pas absolument correct dans le sens médical. Les rêves, en effet, sont compatibles avec la santé la plus irréprochable; les hallucinations, au contraire, sont toujours l'expression d'un état pathologique, comme nous chercherons à le démontrer plus loin.

Ces réserves faites, nous sommes prêt à reconnaître que les rêves, dans la plupart des cas, présentent tous les caractères essentiels des véritables hallucinations. Le rêveur,

(1) *Op. cit.*, p. 192.

(2) *Du haschisch et de l'aliénation mentale,* Paris, Fortin, Masson et Ce, 1845, p. 143.

comme l'halluciné, est pleinement convaincu de la réalité de ses perceptions imaginaires ; comme l'halluciné, il voit apparaître, sous une forme animée, les préoccupations qui l'agitaient pendant l'état de veille ; comme l'halluciné, il assiste au dédoublement de sa propre intelligence, et retrouve ses propres pensées dans la bouche d'un autre lui même (1) ; enfin, comme nous l'avons déjà fait observer, les impressions du rêve persistent quelquefois à l'état de veille et viennent se mêler aux faits de la vie réelle. « Pour un assez grand nombre d'aliénés, dit M. Moreau (de Tours), la folie n'est, en réalité, que la continuation d'un rêve (2). »

Mais il est une condition parfaitement normale qui se rapproche encore plus, s'il est possible, de l'aliénation mentale : c'est l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, qui favorise de la manière la plus évidente le développement des hallucinations chez des individus qui jouissent d'ailleurs de la plénitude de leurs facultés intellectuelles.

Depuis longtemps les physiologistes avaient signalé l'existence de ces perturbations sensorielles qui, chez plusieurs sujets, se produisent au moment où ils vont s'assoupir ; mais les connexions intimes qui rattachent ces phénomènes

(1) « Je vis en songe, dit M. Maury, un certain personnage qui venait de Mussidan, je lui demandai où se trouvait cette ville : C'est, me répondit-il, un chef-lieu de canton du département de la Dordogne. Je me réveille peu d'instants après avoir eu ce rêve... Je me hâte de consulter un dictionnaire géographique, et, à mon grand étonnement, je constate que l'interlocuteur de mon rêve savait mieux la géographie que moi, c'est-à-dire que je m'étais rappelé en rêve un fait oublié à l'état de veille. » *Op. cit.*, p. 116.

(2) *De l'identité de l'état de rêve et de la folie* (*Annales médico-psychologiques*, 1855, p. 373). — Consulter aussi l'intéressant travail de M. Faure, *Des rêves morbides* (*Arch. gén. de médecine*, mai 1876).

à la folie ont été mises en lumière pour la première fois par M. Baillarger (1); il a prouvé que ces troubles précèdent quelquefois l'explosion d'une maladie mentale, et que, dans certains cas, ils se prolongent après le réveil du malade et peuvent ainsi devenir le point de départ d'une perturbation plus ou moins complète de l'intelligence.

M. Maury, s'appuyant sur son expérience personnelle, s'est livré à une analyse très approfondie de ces phénomènes, qu'il décrit sous le nom d'*hallucinations hypnagogiques*. Il a montré leurs rapports avec les impressions venues de l'extérieur ; et, fait plus remarquable encore, il a constaté que souvent les rêves les plus compliqués n'ont point d'autre origine.

On voit par là que, nées dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil, ces hallucinations donnent la main d'une part au rêve, d'autre part à la folie : quelle preuve plus manifeste pourrions-nous donner de l'étroite parenté qui relie ces deux états ?

Il nous reste à discuter une question longtemps controversée et sur laquelle, grâce à des concessions réciproques, l'accord semble à peu près rétabli.

Les hallucinés sont-ils toujours fous ? Telle est la question qui, depuis les travaux si mémorables de M. Lélut, a été agitée avec ardeur, je dirai presque avec passion, et diversement résolue par les aliénistes et les psychologues. La controverse eût été sans doute moins animée s'il ne s'était agi que des malades qui se présentent tous les jours à notre observation ; mais, transportée sur le terrain de

(1) *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations* (*Annales médico-psychologiques*, 1845).

l'histoire, elle devait naturellement soulever des discussions d'autant plus vives, que la science y était moins directement intéressée.

Il ne saurait évidemment être question des sujets atteints d'un simple délire sensoriel, et dont la raison toujours ferme fait promptement justice de ce désordre purement physique, auquel l'intelligence ne prend aucune part; il s'agit des hallucinés croyants, qui sont fermement convaincus de la réalité de leurs illusions, et qui agissent en conséquence. S'ils devaient toujours être considérés comme fous, il faudrait ranger parmi les aliénés plusieurs des personnages les plus célèbres de l'histoire.

Il est aujourd'hui de notion vulgaire que les plus brillantes facultés intellectuelles peuvent coexister avec la folie ; et tout le génie de ces hommes illustres ne suffirait point pour les absoudre à nos yeux, s'il n'était pas équitable de leur appliquer les règles qui dirigent notre appréciation lorsqu'il s'agit du vulgaire. Or, il ne suffit pas d'une simple hallucination, même acceptée par le jugement, pour caractériser l'aliénation mentale ; il faut tenir compte de l'éducation et du caractère du sujet, du milieu dans lequel il vit, des circonstances dans lesquelles il est placé. Le poltron qui prend, le soir, des arbres vus de loin pour des brigands armés de fusils, n'est pas un fou pour cela : l'homme inculte nourri de légendes populaires et qui, sous l'empire d'une terreur superstitieuse, croit soudainement voir le mauvais esprit, n'est pas plus insensé que le guerrier antique, qui consultait les entrailles des victimes avant de marcher à l'ennemi.

On nous accordera, sans doute, qu'un athée qui verrait la Vierge descendre des cieux et qui s'inclinerait devant cette apparition miraculeuse, serait bien plus près de la

folie qu'un religieux atteint de la même hallucination ; chez le premier, en effet, les habitudes de l'esprit commandent le doute ; chez le second, elles prédisposent à la foi.

« Luther, Socrate, étaient-ils aliénés, le premier, parce qu'il a vu le diable, le second, parce qu'il croyait entendre son démon familier? Les autres actes de ces deux grands hommes n'autorisent pas à les qualifier de *fous :* tout ce qu'on peut dire, c'est qu'ils ont eu des hallucinations. Or, des hallucinations portées à une telle intensité touchent à la folie, mais ne la constituent pas absolument. Ils étaient sur la pente, comme Pascal, avec son amulette (1). »

Il y a donc là une question de *mesure*. Entre la folie et la raison, entre la santé et la maladie, il n'existe point de barrière infranchissable ; on passe, par des degrés insensibles, de l'une à l'autre. Mais l'homme sujet à des hallucinations, et qui a la faiblesse d'y croire, jouit évidemment d'une raison moins solide que celui qui n'a jamais été la dupe de ses fausses perceptions. On peut même ajouter que le pronostic est toujours grave lorsque le jugement s'associe aux erreurs des sens, au lieu de les redresser. Nous ne considérons pas, sans doute, les hallucinations comme l'une des *causes directes* de l'aliénation mentale ; mais l'observation journalière nous apprend à les regarder comme l'un des signes précurseurs les plus fréquents de cette maladie.

On le voit, nous nous sommes rangé, sur ce point, à l'opinion que M. Brierre de Boismont a soutenue avec autant de persévérance que de talent, et qui est aujourd'hui presque universellement acceptée. Mais nous ne saurions

(1) Nous citons textuellement une lettre que M. Maury nous a fait l'honneur de nous adresser : « J'ai un peu modifié mes opinions depuis 1845 », nous écrit l'éminent psychologue.

admettre avec lui qu'il existe des hallucinations physiologiques; nous ne saurions surtout admettre que le *scepticisme* de notre époque ait modifié les lois de la pathologie, ni que les hallucinés d'autrefois aient vécu dans des conditions morales qui depuis longtemps ont cessé d'exister. Jamais, au contraire, les luttes politiques, nationales et religieuses n'ont été plus ardentes qu'au siècle où nous vivons; jamais peut-être elles n'ont enfanté un plus grand nombre de maladies mentales, et jamais on n'a constaté, d'une manière plus frappante, les rapports intimes qui relient si souvent aux préoccupations publiques le délire des aliénés. Au reste, en fait de miracles, nous n'avons rien à envier à nos ancêtres : nous aussi nous possédons nos voyants, nos extatiques et nos stigmatisés, et si le jugement que nous portons aujourd'hui sur les phénomènes de cet ordre diffère sensiblement de l'opinion des lettrés du moyen âge, il n'en est pas moins vrai que rien n'est changé dans les profondeurs intimes de la nature humaine, et que l'amour du merveilleux n'a rien perdu de ses droits.

Il nous est donc absolument impossible de considérer les hallucinations, même lorsqu'elles coïncident avec l'intégrité absolue du jugement, comme une manifestation normale de l'intelligence : dans les cas de ce genre, une analyse attentive nous permet toujours de découvrir une altération plus ou moins évidente de la santé. Mais, lorsqu'il a laissé son empreinte sur les convictions du malade, lorsqu'il a triomphé des résistances légitimes de la raison, le délire sensoriel constitue toujours un état intellectuel des plus graves. En un mot, si les hallucinés *croyants* ne sont pas toujours fous, ils sont du moins sur la route qui conduit à la folie, et le plus souvent ils ne s'arrêtent pas en chemin.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les *causes* qui peuvent donner naissance aux hallucinations.

Sans vouloir dresser ici le catalogue de toutes les maladies dans lesquelles on a constaté de fausses perceptions sensorielles, nous rappellerons sommairement que toutes les conditions morbides qui viennent troubler la circulation cérébrale, modifier la composition du sang, ou surexciter l'impressionnabilité du système nerveux, peuvent déterminer des accidents de cette espèce. C'est assez dire que les hallucinations sont l'un des symptômes les plus vulgaires de la pathologie, et que, combinées avec le délire, ou se manifestant en dehors de tout ébranlement de la raison, elles font partie de notre expérience à tous : peu de sujets y échappent d'une manière absolue dans le cours de leur existence. Mais ce sont évidemment les prédispositions individuelles qui jouent ici le rôle principal. Ni la fatigue, ni la fièvre, ni l'alcool, ni les autres poisons ne produisent *toujours*, chez ceux qui en subissent l'influence, de fausses perceptions sensorielles : la folie elle-même, la plus efficace de toutes les causes connues, n'en détermine que chez un peu plus de la moitié des aliénés (1). Au reste, comme nous le verrons plus loin, il existe une profonde différence entre les diverses formes de cette maladie, sous le rapport de la netteté, de la fréquence et de la nature des hallucinations.

Nous croyons devoir vous épargner, messieurs, la longue et fastidieuse énumération des conditions, soit physiques, soit intellectuelles, qui sont aptes à provoquer le délire sen-

(1) Cette proportion a été très diversement appréciée ; nous avons cru devoir nous rallier à l'opinion de M. Michéa (*Mém. de l'Académie de médecine*, 1846, p. 267, et *Du délire des sensations*, Paris, 1848, p. 258).

soriel (1), mais il nous paraît utile de vous signaler quelques faits qui peuvent en éclairer la pathogénie.

Les préoccupations morales, les émotions vives, la joie, la crainte, le remords, enfin la tension de l'esprit, les longues et profondes méditations, peuvent, dit-on, donner naissance à des hallucinations. Nous serions tenté de croire que ces causes, purement psychiques, ne peuvent créer qu'une simple prédisposition, mais que, prises en elles-mêmes, elles ne sauraient créer la perception fausse sans le concours d'un élément étranger; cependant il est des malades qui jouissent, dit-on, de la faculté de transformer en une impression matérielle toutes les idées qui leur traversent l'esprit (2). Sans contester le fait, nous chercherons tout à l'heure à l'interpréter.

Il est surabondamment prouvé que l'anémie et la congestion cérébrales sont au nombre des causes les plus fréquentes des hallucinations. On comprend, dès lors, l'influence exercée sur la production de ces phénomènes, d'un côté par les maladies du cœur, par certaines formes d'asphyxie (3), par la pendaison (4); de l'autre, par l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies abondantes; enfin c'est à des

(1) Consulter Michéa, Mém. cité, p. 267.

(2) Falret père, *Des maladies mentales*, etc. Paris, J.-B. Baillière, 1864, p. 221.

(3) Dagonet, *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Paris, Baillière, 1862, V, 106.

(4) Bacon, Morgagni, Fodéré en ont rapporté des exemples. Forbes Winslow (*op. cit.*, p. 441) rend compte des impressions d'un pendu qui, ayant reçu sa grâce quelques instants après l'exécution, fut rappelé à la vie. Aussitôt après avoir été lancé dans le vide, il lui sembla qu'il se trouvait au milieu d'une vaste plaine inondée de sang; il luttait péniblement pour atteindre un point où il croyait devoir se trouver en sûreté; peu à peu tous les objets prirent une teinte verdâtre, bientôt après il perdit connaissance.

troubles analogues de la circulation cérébrale qu'il faut attribuer l'effet de certaines positions du corps. M. Moreau (de Tours) a rapporté l'observation d'un jeune homme qui pouvait se procurer à volonté des hallucinations de la vue, en inclinant la tête en avant. D'autres sujets éprouvent le même phénomène en se relevant brusquement, lorsqu'ils sont restés penchés un certain temps (1). Souvent aussi ces accidents sont manifestement en rapport avec des lésions visibles des organes des sens : c'est ainsi qu'on a vu des ulcères de la cornée donner lieu à des hallucinations très prononcées de la vue (2).

Des impressions sensorielles longtemps prolongées laissent des traces persistantes qui peuvent se transformer en véritables hallucinations. C'est ainsi que Newton, après une de ses expériences sur la lumière, fut poursuivi pendant toute la journée par l'image du spectre solaire. Les micrographes éprouvent souvent des accidents semblables, qui sont familiers à tous les observateurs qui sont appelés à se fatiguer les yeux en se servant, avec une attention soutenue, de certains instruments de précision.

C'est presque toujours le sens de la vue qui est en jeu dans les hallucinations dont nous venons de parler. Mais l'appareil de l'ouïe est accessible à des excitations d'une nature toute spéciale : nous voulons parler des courants électriques.

Depuis longtemps la possibilité de provoquer des sensations auditives et visuelles par l'action du galvanisme avait été signalée par Longet (3) et d'autres observateurs, lorsque

(1) Brière de Boismont, *op. cit.*, p. 57.

(2) Despine, *Psychologie naturelle.* Paris, Savy, t. II, p. 29.

(3) Longet, *Anatomie et physiologie du système nerveux*, t. II, p. 6. Paris, Fortin, Masson et Ce, 1842.

les recherches de Brenner vinrent démontrer qu'en faisant passer un courant continu à travers l'oreille, on pouvait constater une véritable hyperesthésie du nerf acoustique chez plusieurs individus, et plus particulièrement chez ceux qui sont atteints d'une surdité plus ou moins complète (1). L'exploration se fait de la manière suivante : l'un des rhéophores est appliqué sur l'oreille (ou dans son voisinage immédiat) ; l'autre est posé sur un point quelconque de la surface cutanée. Chez les sujets dont l'ouïe est à l'état normal, lorsque le courant est d'une intensité suffisante, un bruit est perçu, soit au moment où l'on ouvre le circuit, soit au moment où on le ferme : le phénomène se produit au moment de l'ouverture, si le pôle positif est en rapport avec l'appareil de l'ouïe ; au moment de la fermeture, si c'est le pôle négatif.

Ces recherches ont été reprises il y a quelques années par Jolly (2), qui a expérimenté sur les hallucinés. Il a reconnu que presque tous ces malades présentaient une hyperesthésie du nerf acoustique, et qu'ils offraient le phénomène de la *réaction paradoxale*, c'est-à-dire qu'en excitant l'une des deux oreilles, le malade entend aussi des bruits du côté opposé.

Mais le fait le plus intéressant qui ressort de ces expériences, c'est qu'on peut, à l'aide d'un courant électrique, provoquer de véritables hallucinations de l'ouïe chez les individus qui sont déjà prédisposés aux accidents de cette espèce. Sous l'influence de cette excitation, les malades entendent non seulement des bourdonnements, des siffle-

(1) Brenner, *Untersuchungen und Beobachtungen auf dem Gebiete der Elektrotherapie*. Leipzig, 1868.

(2) *Beiträge zur Theorie der Hallucination* (*Arch. für Psychiatrie*. Berlin, Hirschwald, 1874, p. 495).

ments ou des bruits, mais des interjections, des mots, des phrases plus ou moins compliquées, quelquefois des prières ou des fragments de poésie, depuis longtemps oubliés.

Ce serait là, messieurs, un fait d'une portée immense s'il était positivement démontré ; mais, en raison même de leur importance, ces expériences auraient besoin d'un contrôle, qui semble jusqu'à présent leur avoir manqué.

Il nous reste maintenant, messieurs, après avoir longuement analysé ces phénomènes morbides, à vous indiquer le pronostic qu'ils comportent et les moyens que la thérapeutique peut leur opposer. Mais, avant de nous occuper de ces questions, nous allons discuter avec vous la théorie physiologique des fausses perceptions sensorielles ; nous possédons, en effet, les principaux éléments d'une solution rationnelle du problème.

Je ne vous étonnerai certainement pas en vous disan que les théories de l'hallucination sont innombrables. Chaque observateur a créé pour ainsi dire un mécanisme particulier pour rendre compte des faits, et l'on pourrait compter à cet égard autant de doctrines que d'individus. Il est cependant évident que toutes les opinions peuvent se ramener à trois grandes catégories.

Pour les uns, l'hallucination est un phénomène purement psychologique ou, si l'on veut, purement cérébral : c'est, suivant l'expression de Lélut, une idée qui se projette au dehors ; c'est le renversement de l'acte psychologique par lequel les sensations se transforment en idée. Ici c'est au contraire l'idée qui se transforme en sensation. Cette opinion, sous des formules diverses, est celle qu'ont soutenue Esquirol, Lélut, Falret, pour ne citer que ces noms-là.

Pour d'autres observateurs et, il faut bien le dire, l'école

moderne presque tout entière est dans ce courant, l'hallucination n'est qu'un phénomène purement sensoriel. C'est à la périphérie, c'est dans les organes des sens ou tout au moins dans les *condensateurs* qui transforment les sensations en les idéalisant, c'est dans les ganglions cérébraux que se trouve le siège du phénomène pathologique qui donne naissance à l'hallucination.

Cette idée, émise pour la première fois par M. Foville, a trouvé depuis de nombreux partisans en France et à l'étranger; mais l'expression un peu vague de *ganglions cérébraux* a paru peu satisfaisante à ces esprits courageux qui, sans se laisser intimider par les difficultés du sujet, ont voulu le serrer de plus près.

D'après les travaux si justement célèbres de mon excellent ami le docteur Luys, c'est dans les couches optiques qu'il faut localiser le sensorium commun : c'est là, par conséquent, qu'il faut chercher les lésions anatomiques qui président à toutes ces sensations morbides. M. le docteur Ritti, l'un des meilleurs élèves de M. Luys, a consacré une thèse des plus remarquables à la défense de cette opinion qui compte aujourd'hui de nombreux adeptes (1).

Reste enfin une troisième hypothèse, d'après laquelle les hallucinations seraient toujours psycho-sensorielles; psychiques, car elles tirent leur fond de l'esprit même du malade, des trésors accumulés de l'intelligence et de la mémoire; sensorielles, car c'est toujours dans les sens qu'elles ont leur point de départ. C'est la théorie mixte, celle de M. Baillarger, à laquelle nous nous rallions franchement.

En résumé, il ne peut exister en bonne logique plus de trois théories de l'hallucination. Pour les uns, c'est un phé-

(1) Ritti, *Théorie physiologique de l'hallucination*, Thèse de Paris, 1874.

nomène purement intellectuel ; pour les autres, un phénomène purement matériel ; pour d'autres enfin, et c'est leur doctrine que j'adopte complètement, l'hallucination est toujours un phénomène mixte, un trouble psycho-sensoriel. Sans doute, il peut exister à cet égard plusieurs degrés : les uns sont ultra-spiritualistes, les autres ultra-somatistes, et il y a des modérés dans tous les partis. Mais, abstraction faite des nuances, des adoucissements et des concessions réciproques, aucune doctrine ne peut échapper à la classification que nous avons établie. Je vais maintenant discuter successivement ces opinions plus divergentes en apparence qu'en réalité, et je serais heureux de vous faire partager mes convictions à cet égard.

Rappelons-nous tout d'abord le mécanisme de la perception en nous plaçant au point de vue exclusivement physiologique. Il existe en première ligne un appareil sensitif auquel correspondent les extrémités nerveuses. C'est là que se produit la première impression. Il existe ensuite un appareil de transmission, c'est le tube nerveux ; puis un appareil de condensation, ce sont les ganglions cérébraux, le cerveau sensitif, le *sensorium commune ;* enfin un appareil de perception, ce sont les régions corticales des hémisphères cérébraux, ou plutôt, ces cellules spéciales qui semblent représenter l'expression la plus élevée de la matière dans ses rapports avec les fonctions intellectuelles.

Ainsi, c'est la région la plus noble de l'encéphale, la partie la plus voisine de l'intelligence, qui seule peut juger le phénomène. Et lorsque nous avons poussé l'analyse du fait matériel aussi loin qu'il est possible de le suivre, au moment où il va nous échapper, pour se plonger dans le domaine des faits psychologiques, il nous apparaît comme une modification particulière des cellules corticales.

Or, il est évident que le fait perçu par le cerveau supérieur n'est point l'impression matérielle en elle-même, mais l'ébranlement produit d'étage en étage sur le cerveau sensible (*Sinngehirn* des auteurs allemands).

D'un autre côté, il ne faut point perdre de vue la loi si justement célèbre de Müller. Nous ne saurions percevoir aucune impression de cause extérieure qui ne puisse être identiquement reproduite, sans cause extérieure, par une simple modification du système nerveux. C'est en nous appuyant sur cette double base que nous allons essayer de formuler une solution rationnelle du problème.

C'est l'entendement qui veoid et qui oyt, dit Montaigne, et cette pensée profondément vraie doit servir de base à toute théorie rationnelle des hallucinations. Mais il est de notion vulgaire en psychologie que l'entendement ne perçoit ni la lumière ni les sons. C'est par des modifications mystérieuses des centres nerveux que l'intelligence est avertie des manifestations extérieures qui viennent frapper les organes sensoriels.

Ainsi donc, si le phénomène de la perception renferme un mystère qu'il ne nous sera peut-être jamais donné de pénétrer, il présente un côté purement physique par lequel nous pouvons plus facilement l'aborder. Toute sensation perçue doit évidemment correspondre à un état particulier des régions les plus élevées de l'encéphale, qui est la conséquence immédiate d'un ébranlement des ganglions encéphaliques. Ceux-ci subissent à leur tour l'influence des nerfs sensitifs, qui sont placés eux-mêmes sous la dépendance des appareils des sens.

Or, s'il se produit accidentellement un état analogue sur un point quelconque de ce long trajet, une sensation corres-

pondante devra se manifester. Nous donnons à cette *perception sans objet* le nom d'hallucination.

Prenons pour point de départ un phénomène des plus élémentaires. Nous voulons parler des hallucinations des amputés. On sait qu'après avoir perdu un membre, les opérés ressentent des douleurs qui paraissent siéger dans le membre qu'ils n'ont plus, et qui constituent une véritable hallucination, d'après le témoignage des aliénistes les plus compétents, de Falret et de M. Baillarger (1).

Ces éminents observateurs attribuent, il est vrai, ce phénomène à une hallucination de mémoire; mais nous savons, en réalité, qu'il se produit, au bout du nerf coupé, des modifications qui suffisent amplement pour expliquer la sensation perçue. Les altérations que subissent les extrémités nerveuses, et qui tendent à la production d'un tissu de nouvelle formation, ou, si l'on veut, d'un tissu cicatriciel, provoquent des sensations qui, suivant une habitude constante, sont rapportées par le sujet aux extrémités terminales du nerf.

Sans doute, pour beaucoup d'aliénistes, ce phénomène ne mérite pas d'être classé parmi les hallucinations.

Il présente cependant le double caractère d'extériorité et de spontanéité qui leur est particulier (2). Il n'en diffère que par

(1) Baillarger, mém. cité, p. 357. — Falret, *op. cit.*, p. 262.
Mon collègue et ami le docteur Périer a pratiqué, il y a quelques années, l'amputation de la jambe chez un jeune enfant. Le petit malade, qui avait été chloroformé, resta pendant assez longtemps dans l'ignorance la plus complète de ce qui s'était passé; mais un jour il fut pris d'une vive démangeaison; il chercha vainement son pied pour le gratter, et ce fut seulement alors qu'il s'aperçut qu'il l'avait perdu. En quoi cette fausse perception sensorielle différait-elle d'une véritable hallucination ?

(2) L'extériorité et la spontanéité sont, d'après M. Baillarger, les caractères essentiels de toute hallucination.

l'évidence écrasante de la cause matérielle qui le produit. Il ne saurait être question dans cet exemple d'une idée projetée au dehors, d'autant plus que l'expérience ne tarde pas à modifier les impressions du sujet. A mesure que le temps s'écoule, *la sensation remonte;* elle est rapportée d'abord à un point moins éloigné, et finit en quelque sorte par s'appliquer sur l'extrémité des moignons.

A des causes de ce genre se rattachent, selon toute apparence, ces hallucinations du sens tactile, qui sont si fréquentes chez nos aliénés. Les uns subissent des décharges électriques, d'autres éprouvent une sensation de brûlure, de pincement; ils reçoivent des coups; ils sont frappés par des êtres invisibles. Tous ces phénomènes peuvent s'expliquer de la même manière que les hallucinations des amputés.

Il en est de même de ces sensations viscérales qui font croire aux aliénés que leur corps est habité par des esprits immondes, par des animaux de toute espèce, par des hôtes étranges, par des curés, par un concile. Des lésions anatomiques parfaitement évidentes ont été plus d'une fois rencontrées chez ces malades au point précis où, pendant la vie, ils localisaient leur sensation morbide.

Il en est ainsi, selon toute apparence, chez les sujets qui sont victimes d'hallucinations génitales. Sans doute, il est quelquefois difficile de saisir le point d'origine d'une sensation voluptueuse; mais, dans certains cas, l'idée d'une irritation locale des organes génitaux s'impose avec une évidence au-dessus de toute contestation.

Un excité maniaque, que j'ai observé pendant quelque temps dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, était persécuté par des ennemis imaginaires, qu'il appelait des *pompiers*, et qui, par des manœuvres coupables, provoquaient chez lui des sensations voluptueuses qui aboutissaient à l'éja-

culation. Lorsqu'il était pris de ces accès, il entrait dans d'épouvantables fureurs qui le rendaient très dangereux, et voulait absolument tuer ces ennemis de son repos qui épuisaient ses forces et tarissaient les sources de la vie.

Il est difficile de ne point admettre qu'il y avait chez cet homme quelque lésion matérielle des organes génitaux, source constante d'excitations involontaires et qui donnait naissance aux accidents que nous venons de décrire. Il serait presque impossible de ne point voir dans cette observation autre chose qu'un phénomène purement psychologique.

Mais, dira-t-on, avec les sens d'ordre inférieur on a beau jeu pour nier l'origine purement intellectuelle du phénomène. Parlez-nous maintenant des sens supérieurs, de ceux qu'on peut vraiment appeler les sens de l'intelligence, de l'ouïe, de la vue. Est-il possible d'expliquer, dans l'hypothèse que vous soutenez, les hallucinations dont ils peuvent être affectés ?

Nous allons prendre cette objection corps à corps, et nous chercherons à prouver que rien dans les hallucinations d'ordre supérieur ne diffère essentiellement des autres.

Rappelons-nous d'abord que, pour l'ouïe et la vue, comme pour les autres sens, il existe des hallucinations élémentaires, des bruits, des bourdonnements, des flammes, qui peuvent être expérimentalement provoqués, soit par le courant galvanique, soit par d'autres moyens d'excitation. Fait remarquable et qui se rattache directement à la théorie que nous discutons, les sens paraissent, dans certaines hallucinations, se remplacer les uns les autres. Une excitation portée sur le sens de la vue détermine une hallucination de l'ouïe, et réciproquement. Un homme sujet à des hallucinations auditives demeure parfaitement tranquille dans l'obscurité ; dès qu'on apporte des lumières, des

paroles grossières viennent frapper son oreille. Kahlbaum, qui s'est beaucoup occupé de cet intéressant phénomène, lui donne le nom d'hallucination réflexe. On peut y rattacher quelques faits observés chez des individus en pleine santé. Müller nous apprend que le célèbre micrographe Henle présentait cette particularité individuelle, qu'en se passant légèrement le doigt sur la joue, il excitait un bruissement dans l'oreille (1). J'ai constaté le même phénomène chez un de mes élèves; mais, chez ce jeune homme, il n'existe que d'un seul côté (à gauche). Voici donc des sensations plus ou moins élémentaires, des perceptions ne répondant à aucun objet extérieur, que l'on peut provoquer pour ainsi dire à volonté.

Rapprochons de cette première donnée l'un des faits les plus intéressants que nous révèle l'étude clinique. Nous voulons parler des hallucinations de la vue et de l'ouïe qui se produisent chez les aveugles et les sourds. On connaît l'histoire de ce prêtre aliéné qui passait ses journées à écrire sous la dictée de l'archange saint Michel; or ce malade était absolument sourd. On connaît aussi l'observation de cet aveugle, qui, pendant sa vie, était constamment tourmenté par des apparitions terrifiantes. A l'autopsie, on trouva une dégénération complète des deux nerfs optiques. Ces faits, autrefois invoqués contre l'origine des hallucinations, viennent, au contraire, à l'appui de cette doctrine. On comprend en effet que bien souvent un nerf malade frappera l'encéphale d'impressions morbides qui, chez un sujet prédisposé, seront faussement interprétées et donneront naissance à des hallucinations. Ce sont

(1) *Manuel de physiologie*, trad. Jourdan. Paris, J.-B. Baillière, 1845, t. II, p. 464.

en pareil cas de véritables névralgies du nerf optique ou du nerf acoustique, dont le point de départ, suivant une règle bien connue, est rapporté par le malade à l'extrémité terminale du nerf.

Mais nous sommes restés jusqu'ici sur le terrain des phénomènes élémentaires ; il nous faut aborder maintenant la question des hallucinations plus compliquées, les voix, les discours, les apparitions, les tableaux. Comment expliquer ces manifestations morbides d'un ordre beaucoup plus élevé, et dans lesquelles l'intelligence semble jouer un rôle prépondérant ?

Ici se place l'intervention évidente de l'*automatisme cérébral.* Au début de la vie, lorsqu'en entrant dans le monde l'enfant se voit assailli pour la première fois par des sensations diverses, il n'éprouve tout d'abord que des impressions isolées, des perceptions indépendantes et qu'il est hors d'état d'associer. Il faut une longue éducation pour qu'il apprenne non seulement à voir les objets, mais à juger la distance à laquelle ils sont placés, pour que certains sons éveillent en lui certaines idées, et pour qu'il sache enfin comprendre ce qu'il aperçoit.

Condillac, cherchant à justifier la fameuse doctrine d'après laquelle les idées ne seraient que des sensations transformées, se met en présence d'une statue tenant une rose à la main ; puis il lui accorde un sens, celui de l'odorat, à l'exclusion de tous les autres. Pour nous qui l'observons, c'est une statue qui sent une rose, mais pour la statue elle-même le sentiment de l'existence n'est représenté que par une agréable odeur.

Le jeune enfant ressemble, à ses débuts dans le monde, à la statue de Condillac. Pour lui, les odeurs ne sont que des odeurs, et les impressions sensorielles existent isolément sans

se combiner entre elles ; mais pour l'adulte il en est bien autrement. Toute sensation est immédiatement interprétée par le jugement, et cette opération est tellement rapide, que le plus souvent nous n'en avons point conscience. On nous permettra d'en citer un exemple familier. Lorsque nous parcourons des yeux une page imprimée, le sens des mots, les idées qu'ils expriment captivent seuls notre intelligence, et, pour apercevoir les fautes typographiques que renferme le texte, il faut une attention toute spéciale. Nous ne voyons donc pas les mots tels qu'ils sont placés devant nos yeux, mais, par l'effet d'une longue habitude, ils nous arrivent tels que nous les concevons. Le contraire a lieu pour l'homme qui apprend péniblement à lire, et qui, tout préoccupé de l'assemblage des caractères, ne comprend plus le sens général du texte.

Il en est de même pour la plupart des sensations habituelles ; voilà pourquoi, grâce à certains artifices de perspective, il est facile de nous tromper sur la distance, la forme et le relief des objets.

Que faut-il donc pour qu'une impression élémentaire devienne le point de départ d'une hallucination compliquée ? La réponse est facile. Il faut un terrain préparé, dans lequel la semence morbide puisse aisément germer ; il faut un cerveau doué d'une impressionnabilité suffisante pour que les trésors accumulés par l'imagination et la mémoire puissent aisément jaillir au dehors, sous l'influence d'une excitation imprévue. Nul ne sait en effet combien est grande sa richesse en idées et en souvenirs, aussi longtemps qu'une expérience inattendue ne vient pas lui en apporter la révélation. Certains physiologistes qui s'intéressent à la psychologie ont prouvé qu'on ne saurait jamais rien oublier. Les traces des impressions antérieurement perçues s'accu-

mulent dans nos cellules cérébrales, où elles restent indéfiniment latentes, jusqu'au moment où une influence supérieure les évoque pour ainsi dire de la tombe où elles dormaient ensevelies. L'expérience journalière de la vie nous fournit d'innombrables exemples de ce travail intime qui s'accomplit sans cesse dans les profondeurs de notre intelligence sans la participation de la volonté. Cet effort de *cérébration inconsciente* est bien connu de ceux qui, comme J.-J. Rousseau, lourds et embarrassés dans la conversation, ne trouvent le mot juste, la répartie spirituelle qu'au bas de l'escalier.

Or c'est précisément ce qui arrive dans l'hallucination ; c'est l'irruption de l'inconscient dans le domaine de la conscience. C'est la révélation inattendue des trésors cachés dans les profondeurs de l'intelligence. Mais, sans une prédisposition spéciale, ce phénomène ne saurait se produire. Cette prédisposition, nous la rencontrons dans un grand nombre d'états morbides, dans la folie et les grandes névroses, dans le délire de la fièvre, dans l'alcoolisme et sous l'influence de plusieurs substances toxiques. On la rencontre aussi dans un état physiologique et qui rentre dans l'expérience de chacun de nous : il s'agit, on l'a deviné, des rêves et du sommeil.

Plein des impressions et des souvenirs de l'état de veille, le dormeur n'attend qu'une impression sensorielle venue du dehors, pour créer spontanément tout un drame; mais la sensation physique est en quelque sorte le *clou* auquel s'accroche le tableau, dont l'imagination et la mémoire ont fait les frais.

L'influence de ces impressions, venues de l'extérieur, sur la marche des rêves, a été signalée par divers observateurs. M. Maury, qui a pratiqué de nombreuses expériences

sur lui-même, cite des faits qui ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Il est parfaitement avéré que, dans certains cas, on peut modifier toute l'évolution d'un rêve en prononçant quelques paroles à l'oreille de la personne endormie ou en provoquant chez elle les sensations les plus diverses (1).

Si le rêve est, comme le pensent beaucoup d'aliénistes, le type physiologique de l'hallucination, il est évident que ce dernier phénomène doit se trouver placé sous l'empire des mêmes conditions.

Voilà pourquoi, chez tout halluciné, les sensations perçues sont constamment en rapport avec le milieu intellectuel où il a toujours vécu. Un extatique chrétien verra des apparitions angéliques, contemplera la Vierge dans sa splendeur céleste ou recevra les avertissements d'un saint. Sous l'influence du même état morbide, les visionnaires de l'antiquité voyaient apparaître les noires Euménides ou le divin Apollon. Personne aujourd'hui ne s'entretient avec ces divinités mythologiques, qui sont remplacées par la Vierge et les saints ; et il n'est point sans intérêt de constater que, sous ce rapport, les hallucinations et le délire des protestants diffèrent essentiellement du délire et des hallucinations des catholiques.

Enfin les préoccupations et les problèmes de la vie moderne, la police, les francs-maçons, la politique, envahissent la scène chez la plupart de nos hallucinés, prouvant ainsi jusqu'à l'évidence que c'est de leur propre fonds qu'ils tirent les objets imaginaires qui occupent sans cesse leur attention.

Il existe donc, les faits le prouvent, deux classes bien

(1) Maury, *op. cit.*, p. 226. Les auteurs anglais citent plusieurs faits de ce genre.

distinctes de fausses perceptions sensorielles. Tantôt il s'agit de ces sensations purement physiques dans lesquelles l'intelligence ne saurait revendiquer aucune part, et dont le type nous est offert par les douleurs des amputés ; tantôt, au contraire, la sensation n'est, pour ainsi dire, que le choc qui fait jaillir une pluie d'étincelles ; les éléments de l'hallucination sont préparés d'avance, elle n'attend qu'un prétexte pour éclater. C'est une arme toute chargée ; dès qu'on presse la détente, le coup part.

Lorsque plusieurs sens participent simultanément à ces manifestations morbides, il est probable que l'ébranlement, d'abord limité à un seul point, se propage aux parties voisines de l'encéphale ; d'ailleurs l'association des idées joue évidemment ici un rôle des plus importants. Voilà pourquoi, sans doute, les sens paraissent, dans certaines hallucinations, se remplacer les uns les autres. Un jeune peintre, dont M. le professeur Lasègue a rappelé l'histoire dans ses leçons orales, voyait des apparitions qui ne parlaient point, mais qui portaient, écrits sur une pancarte, les mots qu'elles se refusaient à prononcer. Le sens de la vue venait donc au secours de l'ouïe (1).

Ajoutons enfin que, s'il existe des sujets qui peuvent se procurer des hallucinations à volonté (fait d'ailleurs très exceptionnel), il n'est point nécessaire d'invoquer chez eux un mécanisme différent ; ce sont des hallucinés qui, comme certains rêveurs, conservent dans une certaine mesure le pouvoir de diriger les fantaisies de leur imagination ; mais les deux faits primitifs, la sensation anormale et la prédisposition cérébrale, n'en sont pas moins les causes véritables de la manifestation morbide.

(1) Motet, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, J.-B. Baillière, 1873, article Hallucinations, t. XVII, p. 174.

N'oublions pas, d'ailleurs, que la netteté des perceptions est bien loin d'être égale chez tous les malades ; les uns voient et entendent très distinctement ; les autres n'ont que des perceptions confuses, n'aperçoivent les objets qu'à travers un brouillard, et n'entendent que des paroles mal définies ; chez ces derniers, la partie sensorielle du phénomène est visiblement incomplète ; ou plutôt, l'imagination n'a pas un pouvoir suffisant pour transformer complètement les impressions sensitives.

Nous avons, on le voit, fait une large part, nous dirons même la part la plus large, à l'intervention de l'intelligence dans le mécanisme des hallucinations. Nous avons cependant revendiqué une place pour l'influence, à notre avis incontestable, des troubles de la sensibilité. Ces deux ordres de causes ne s'excluent nullement, comme on l'a faussement prétendu ; leur action simultanée nous paraît au contraire évidente dans toutes les hallucinations compliquées, et les arguments que la métaphysique peut fournir aux adversaires de la théorie *mixte* ne présentent qu'une bien faible valeur à nos yeux. Il ne s'agit point ici d'un tournoi de logique, mais d'une simple discussion médicale : il faut donc s'appuyer, avant tout, sur des faits scientifiques rigoureusement observés ; telle est en effet la base de nos convictions.

« On ne détruit jamais un fait », disait avec raison Claude Bernard : il s'agit de l'interpréter judicieusement ; et nous attendons, pour renoncer aux idées que nous venons d'exposer, qu'on nous présente une hypothèse plus en harmonie avec les faits.

Il nous reste maintenant à discuter les deux autres théories qui se disputent la préférence, pour démontrer que ni l'une ni l'autre, prise exclusivement, ne saurait satisfaire aux conditions du problème.

« L'hallucination est une idée qui se projette au dehors, » disent, avec Esquirol, Lélut, Falret et les autres partisans de la théorie psychique, les observateurs qui sont restés fidèles à cette doctrine un peu surannée. Mais il est absolument impossible de soutenir cette opinion dans son entier, en présence des observations de plus en plus nombreuses qui démontrent l'intervention d'un élément matériel dans la production du phénomène.

Il est des hallucinés qui ont des visions extatiques; mais, en pressant sur le globe de l'œil, on dédouble les images miraculeuses. S'il s'agissait ici bien réellement d'une idée qui se projette au déhors, comment pourrait-on dédoubler cette idée en pressant sur le globe oculaire?

Mais il est des faits d'une signification plus catégorique encore. On sait que des lésions physiques, telles que les ulcérations de la cornée, ont déterminé des hallucinations persistantes. On sait qu'il existe des hallucinations congestives, dont on peut débarrasser le malade en pratiquant une saignée; on sait enfin qu'il est des hallucinations que le malade ne perçoit qu'en baissant la tête; quand il la relève, elles ont disparu. Enfin, ce qui est plus significatif encore, il est des hallucinations dédoublées, selon l'expression de M. Michéa, ou plutôt des hallucinations unilatérales; on ne les perçoit que d'un seul côté. Il semble qu'on ne saurait pousser plus loin la démonstration; cependant, s'il existe des hallucinations hémiopiques, comme dans l'observation de M. le docteur Pick, on aurait encore plus de peine à concevoir comment une idée qui se projette au dehors peut ne montrer au malade que la moitié d'un objet.

Il existe donc incontestablement un élément physique dans les hallucinations, et, pour tout esprit non prévenu,

les faits que je viens d'indiquer démontrent jusqu'à l'évidence que la théorie psychique, qui fait de l'hallucination une sensation retournée, est absolument insoutenable dans l'état actuel de nos connaissances.

Il nous reste à parler de la théorie vraiment moderne, qui localise les hallucinations avec Foville dans les ganglions cérébraux, avec les Allemands dans le cerveau sensitif, avec M. Luys et ses élèves dans les couches optiques. Cette manière de voir, appuyée sur de remarquables travaux, se rapproche bien davantage de notre opinion. Nous avons cependant deux objections capitales à lui adresser.

En premier lieu, puisque, depuis l'origine jusqu'aux extrémités du système nerveux, toutes les parties de ce vaste appareil sont indispensables à la production des phénomènes sensoriels, pourquoi les dépouiller toutes au profit d'une seule d'entre elles? Le *sensorium commune*, les couches optiques, sont très probablement le point de départ d'un grand nombre d'hallucinations; mais il est absolument certain que des lésions des appareils sensoriels ou des nerfs périphériques peuvent en devenir l'origine. Qu'on se rappelle ce que nous avons dit des hallucinations des amputés. Qu'on se rappelle les hallucinations quelquefois produites par des lésions de la cornée, et les conceptions grotesques que provoquent chez certains aliénés des lésions viscérales, et qui font croire aux uns qu'ils sont habités par un concile, aux autres qu'ils sont envahis par une nichée d'animaux immondes, lorsqu'il s'agit en réalité d'une inflammation des intestins ou d'un cancer du péritoine, et l'on verra qu'il est impossible de déshériter les extrémités périphériques des nerfs au profit d'une région particulière de l'encéphale.

Mais, si les parties les moins nobles du système nerveux sont capables d'engendrer des hallucinations, à plus forte raison les cellules cérébrales, les organes les plus élevés de l'intelligence, doivent-elles jouir des mêmes droits. En un mot, sur tous les points de ce grand parcours, qui part des sensations pour aboutir à l'intelligence, une lésion quelconque peut déterminer une *perception sans objet*. Comme le dit Müller, que nous avons cité tout à l'heure, nous ne saurions percevoir aucune impression de cause extérieure qui ne puisse être identiquement reproduite sans cause extérieure, par une simple modification du système nerveux.

En second lieu, nous ne saurions méconnaître, en présence du fait matériel, la nécessité absolue de l'intervention psychique; les lésions matérielles ne peuvent fournir qu'une sensation élémentaire qui sera le point de départ du phénomène, mais c'est aux facultés les plus nobles de l'esprit qu'il appartient de le dérouler dans toute son ampleur.

C'est ainsi qu'un diapason prêt à vibrer renferme virtuellement toutes les conditions nécessaires pour donner une note musicale; mais, pour que le son se produise, il faut nécessairement un choc venu de l'extérieur.

Que penser maintenant de ces *hallucinations psychiques* dans lesquelles aucun trouble sensoriel ne vient se mêler aux désordres de l'intelligence? Pour nous, la réponse ne saurait être douteuse: ces phénomènes sont d'un ordre entièrement différent; et si les malades, pour mieux rendre compte de leurs dialogues imaginaires, disent entendre une *voix*, ils avouent que c'est faute d'une meilleure expression pour peindre ce qu'ils éprouvent: en réalité, le malade n'entend pas sa propre pensée, mais il la rédige, ce qui est

bien différent. Aussi plusieurs d'entre eux inventent-ils, pour mieux se faire comprendre, des termes bizarres (*faculté veillambulique*, *sixième sens*, *sens de la pensée*) qui n'ont aucun rapport avec les fausses perceptions sensorielles.

Nous croyons donc que ces troubles purement psychiques sont bien plus voisins des conceptions délirantes que des hallucinations proprement dites ; ou plutôt, ce sont des phénomènes intermédiaires, qui servent de transition, pour ainsi dire, entre ces deux groupes différents.

Les conclusions qui découlent des considérations que nous venons d'exposer peuvent se réduire à quelques propositions générales, qu'il nous paraît utile de formuler ici, pour résumer en peu de mots la discussion qui précède.

I. Les hallucinations sont toujours psycho-sensorielles, à l'exception de quelques fausses perceptions de l'ordre le plus élémentaire, qui sont purement sensorielles.

II. Les hallucinations exigent, pour se produire, une prédisposition individuelle, une excitabilité toute spéciale, qui rend l'encéphale apte à réagir au moindre prétexte et à transformer sur-le-champ les impressions que lui fournissent les organes des sens.

III. Les hallucinations exigent aussi, pour se produire, une *sensation* qui vient mettre en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux.

IV. Les hallucinations sont toujours un phénomène pathologique.

V. Il n'existe aucune différence fondamentale entre les hallucinations et les illusions.

VI. Les hallucinations psychiques forment la transition entre les conceptions délirantes et le délire sensoriel.

Quittons maintenant les hautes régions de la physiologie cérébrale pour redescendre sur le terrain de la médecine pratique. Comme médecin, pour compléter l'étude des hallucinations, nous devons en formuler le pronostic et poser les bases d'un traitement rationnel; mais, avant d'en venir là, nous voulons indiquer les règles qui doivent présider au *diagnostic*, autant du moins qu'il est possible de le faire, lorsqu'il s'agit d'un phénomène purement subjectif.

Pour reconnaître l'existence des hallucinations, nous sommes forcés de recourir au témoignage des malades. Mais, comme on l'a dit avec raison (1), il ne faut pas écrire sous la dictée des aliénés et se constituer leur secrétaire; ils peuvent nous tromper, avec ou sans intention, et l'on ne doit pas admettre, sur leur simple assertion, la réalité des impressions sensorielles qu'ils disent avoir ressenties. Mais, lorsque les malades se plaisent dans le récit des visions qu'ils ont eues, des dialogues qu'ils ont soutenus, lorsqu'ils en parlent avec un accent de profonde sincérité, lorsqu'ils ne supportent pas la contradiction, et qu'ils s'irritent si l'on cherche à redresser leur jugement, il devient extrêmement probable qu'ils ont réellement éprouvé les phénomènes dont ils nous rendent compte ; et cette probabilité se change en certitude quand on peut directement observer le malade pendant que les hallucinations se produisent, et lire sur sa physionomie les sentiments divers dont il est animé.

Ces règles élémentaires, qui ne suffisent certainement pas à juger tous les cas douteux, permettront cependant de réduire très notablement la proportion des hallucinés et de ramener dans de justes limites la fréquence relative de ces manifestations pathologiques.

(1) Falret, *op. cit.*, Introduction, p. xv.

Le *pronostic* des hallucinations est toujours grave; mais il est impossible de le formuler d'une manière abstraite, sans tenir compte des conditions dans lesquelles le délire sensoriel s'est manifesté. Pour nous renfermer exclusivement dans le domaine de la pathologie mentale, nous dirons : que les hallucinations de l'ouïe sont plus tenaces et se lient à des formes de délire plus graves que celles des autres sens; que les hallucinations limitées à un seul sens sont moins graves que celles qui en affectent plusieurs à la fois; enfin, que leur durée est l'un des éléments les plus importants du pronostic, car ici, comme ailleurs, la *chronicité* est toujours d'un fâcheux augure.

Il est à peine nécessaire de faire observer que la *forme* du délire présente aussi une haute importance : les hallucinations qui accompagnent certains délires partiels sont de beaucoup les plus graves et les plus tenaces.

Enfin, lorsque les hallucinations, après avoir longtemps persisté, tendent à devenir vagues et confuses, à se fondre les unes dans les autres, à prendre enfin le caractère d'une perturbation générale de la sensibilité, il y a tout lieu de craindre un affaissement plus ou moins complet de l'intelligence.

Le *traitement* des hallucinations ne saurait être détaché de celui de la folie en général, dont il fait partie intégrante. Toutefois, à ne considérer le délire sensoriel que comme un symptôme isolé, qu'il importe de guérir, il est un certain nombre de moyens que l'on peut mettre en usage, avec des chances plus ou moins grandes de succès.

La saignée, fort en honneur autrefois, est presque complètement tombée en désuétude aujourd'hui. Il est cependant incontestable qu'elle a souvent réussi surtout dans

les cas où il existait un certain degré d'hypérémie cérébrale; mais elle offre des inconvénients graves au point de vue de l'état général, et même de l'état intellectuel des malades, qui tombent souvent, après une forte émission sanguine, de l'excitation dans la démence. C'est donc avec raison que l'on y a presque complètement renoncé de nos jours.

Les purgatifs, et surtout les éméto-cathartiques, sont un excellent moyen de traitement : Schroëder van der Kolk leur a dû de nombreux succès dans sa pratique. Toutefois, ces remèdes agissent bien plutôt sur le délire en général que sur les hallucinations en particulier; et ce n'est pas par de tels moyens qu'on peut se promettre de déraciner de vieilles et tenaces perturbations sensorielles.

L'hydrothérapie, les bains prolongés, les irrigations froides sur la tête, ont souvent donné de bons résultats, surtout dans les cas aigus, accompagnés d'une surexcitation plus ou moins vive. J'ai eu l'occasion d'employer ce mode de traitement avec succès dans quelques cas chroniques.

Les narcotiques (opium, belladone) sont également au nombre des moyens qui ont montré le plus d'efficacité. M. Moreau (de Tours) semble avoir eu la main heureuse, en choisissant le datura stramonium, qui semble constituer une médication plus utile que les autres (1). On l'emploie à l'état d'extrait, à la dose de 10 à 50 centigrammes. Ce traitement paraît réussir surtout dans les cas aigus, avec prédominance de troubles sensoriels. Avant d'arriver à l'emploi de cette substance, M. Moreau avait

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1841.

expérimenté le haschisch, qui agit favorablement dans certains cas, à titre de médication perturbatrice. J'ai été moi-même témoin de quelques bons effets qu'on pouvait très légitimement attribuer à ce traitement.

Certains médecins ont préconisé l'emploi de l'arsenic chez les hallucinés, mais l'expérience n'a pas confirmé les espérances que ce moyen nouveau avait d'abord fait naître.

L'électricité, surtout sous forme de courants continus, est une médication fort énergique, et qui rend incontestablement de grands services. Métivier agissait directement sur la membrane du tympan, mais ce mode d'application est trop douloureux pour être toléré facilement. M. Baillarger a obtenu quelques guérisons par ce procédé, qui est presque complètement abandonné en France, mais qui est fort en vogue à l'étranger (1). Lorsqu'on juge à propos d'en faire usage, il vaut mieux appliquer les rhéophores à l'extérieur, que de les faire pénétrer dans le conduit auditif.

On a quelquefois soulagé les malades par le repos des organes affectés; l'obscurité dissipe dans certains cas les hallucinations de la vue, l'occlusion de l'oreille, celles de l'ouïe; mais qui ne voit combien l'efficacité de ces moyens doit être restreinte? Souvent même, ils ont pour effet de provoquer les hallucinations, au lieu de les calmer.

Reste enfin le *traitement moral*, dont nous ne pouvons pas apprécier ici toute la portée; il s'applique, en effet, non seulement aux hallucinations, mais à l'ensemble du délire, et nous en discuterons la valeur plus loin, dans une leçon consacrée au traitement de la folie en général.

(1) Tout récemment M. Cotard s'est livré à quelques essais sur ce sujet; certains malades ont été soulagés; chez d'autres, le traitement est resté sans effet. Consulter Teissier, *De la valeur thérapeutique des courants continus*, J.-B. Baillière, 1878, p. 93.

CINQUIÈME LEÇON

DES CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET DES IMPULSIONS IRRÉSISTIBLES.

SOMMAIRE. — Définitions générales. — État mental des aliénés, au début de la folie. — Absence souvent complète de notions insensées. — Perturbations morales. — Alternatives d'excitation et de dépression. — Altérations de la santé physique. — Conceptions délirantes. — Deux classes d'aliénés : les incohérents et les logiciens. — Évolution du délire. — Transformation graduelle des conceptions délirantes en idées fixes. — Délire systématisé. — Origine spontanée des conceptions délirantes. — Leur analogie avec les rêves. — Différence fondamentale entre les troubles intellectuels des vésanies et le délire des affections aiguës.

Impulsions irrésistibles. — Elles sont étroitement liées aux conceptions délirantes et aux hallucinations. — Peuvent exister isolément. — Folie raisonnante. — Quelques exemples d'impulsions morbides, sans aucun trouble des facultés intellectuelles. — Observation d'un monomane homicide. — Paralysie de la volonté. — Conclusions.

MESSIEURS,

L'étude des hallucinations nous a conduits, pour ainsi dire, jusqu'au seuil du délire. Il nous faut maintenant faire un pas de plus, et pénétrer directement dans le domaine des aberrations intellectuelles. Nous allons donc nous occuper des *conceptions délirantes* et des *impulsions irrésistibles*, ainsi que de l'état général de l'intelligence qui les accompagne, et qui peut, à lui seul, constituer la folie.

Le mot de *conceptions délirantes* s'applique, en pathologie mentale, aux idées insensées qui s'emparent de l'esprit de l'aliéné, et dont l'absurdité, souvent manifeste par elle-

même, n'est quelquefois évidente que par rapport à l'état des choses.

Un homme se croit millionnaire, rien d'absurde jusque-là ; mais nous sommes en présence d'une conception délirante, s'il s'agit d'un ouvrier vivant de son travail journalier.

Un autre malade, au contraire, se croit transformé en loup, ou s'imagine qu'il est privé de son corps ; voilà des idées dont l'absurdité n'a rien de relatif, et qu'on peut regarder comme des conceptions délirantes *absolues*.

Quant aux *impulsions irrésistibles*, nous ne chercherons pas à en donner ici la définition : le sens de cette expression est tellement clair, que toute paraphrase ne servirait qu'à l'obscurcir.

Mais on aurait une idée fort inexacte et surtout fort incomplète de l'état intellectuel des aliénés, si l'on se contentait des résultats de cette analyse purement scolastique. Il faut serrer les faits de plus près, il faut s'identifier en esprit avec les malades, pour se rendre compte de ces dispositions générales qui sont le fait primordial de la maladie, et qui représentent, pour ainsi dire, le terrain morbide, sur lequel va se développer toute cette végétation pathologique.

S'il nous était donné de pénétrer dans les profondeurs les plus intimes de la conscience, chez un aliéné au début de sa maladie, nous serions étonnés, plus d'une fois, de n'y rencontrer aucun vestige de ces idées insensées, de ces notions absurdes, qui semblent, au premier abord, constituer le fond même du délire : nous n'y trouverions, le plus souvent, qu'une perturbation d'abord légère, puis de plus en plus profonde, du caractère, des sentiments et des affections du malade. Tantôt, frappé d'une tristesse amère,

il prend l'existence en dégoût, et trouve des sujets de chagrin dans les moindres incidents de la vie ; tantôt, enveloppé d'un nuage de bonheur, il nourrit des illusions flatteuses sur sa fortune, sur ses capacités, sur l'avenir qui lui est réservé. Chez les uns, on observe un engourdissement étrange de la pensée, une incapacité de travail, une paresse d'esprit que rien ne peut vaincre ; chez les autres, c'est une activité exagérée, c'est un besoin de mouvement, c'est une agitation morale et physique qui frappe les regards les moins exercés ; et, fait vraiment remarquable, chez plusieurs de ces malades, ou pour mieux dire chez les *prédestinés*, on voit ces deux états, si opposés en apparence, se succéder tour à tour, longtemps avant l'explosion de la folie.

Ces alternatives d'excitation et de dépression, ces brusques changements d'humeur, ces orages passagers ne constituent point le délire, il est vrai ; mais ce sont les indices d'un état cérébral grave, qui se traduit aussi, dans la grande majorité des cas, par des signes physiques des plus manifestes : la perte du sommeil et de l'appétit, le vertige, l'amaigrissement général tiennent le premier rang parmi ces symptômes, qui seront l'objet d'une étude approfondie dans une de nos prochaines leçons. Qu'il nous suffise pour le moment d'en avoir signalé la coïncidence avec ces perturbations psychologiques, qui seules doivent nous occuper pour le moment.

Dans ces états généraux de l'intelligence que nous venons de décrire, il nous paraît impossible de ne point reconnaître le résultat d'un trouble purement matériel.

L'effroi que nous ressentons pendant quelques instants, au sortir d'un mauvais rêve, ou mieux encore, la terreur profonde que manifestent certains épileptiques, au moment

où ils reprennent connaissance après un accès, peuvent servir ici de type, et nous aider à comprendre ces dispositions morbides de l'esprit, qui impriment une teinte spéciale à toutes les idées du malade. Chez l'épileptique, en effet, il s'agit d'une terreur sans motifs, d'une impression d'origine purement physique; n'en est-il pas de même chez l'homme qui, en dépit de la raison, en dépit des efforts de sa propre volonté, se croit perdu sans ressource, lorsque rien ne justifie son désespoir?

« Je sais parfaitement, disait un malade à son médecin, que ma position de fortune est excellente, et ne peut que s'améliorer avec le temps; et cependant, je ne puis me soustraire à la conviction que je suis complètement ruiné. »

Dans un ordre d'idées différent, un homme profondément religieux est pris de scrupules exagérés; il se reproche amèrement les actions les moins coupables de sa vie : il croit avoir encouru la vindicte céleste, et rien ne peut le délivrer de cette accablante certitude, qui fait le malheur de son existence.

Je suis perdu; — ma fortune est faite ; — je suis damné; voilà en quelques mots le résumé de ces convictions tyranniques, contre lesquelles aucun raisonnement ne saurait prévaloir. Comment discuter, en effet, avec un esprit malade, dont les erreurs reconnaissent une cause purement physique? C'est un faux pli de l'étoffe cérébrale, que tous les efforts de la logique ne pourront jamais redresser.

Tels sont les premiers pas qui conduisent sur la pente de l'aliénation mentale; ou, pour employer un langage plus scientifique, tels sont les premiers symptômes de la maladie (1). A cette période correspondent le plus souvent

(1) Nous ne parlons pas ici de la folie dite *instantanée*, ni de ces

ces altérations du caractère, ces perversions du sens moral qui poussent quelquefois les aliénés à des actes criminels et les exposent à la vindicte des lois. Mais sans aller aussi loin, on a souvent à leur reprocher un changement complet de sentiments et d'habitudes, de penchants et de goûts. Les parents les plus proches, les amis les plus chers deviennent l'objet de leur aversion violente ; leur humeur s'aigrit, leurs mœurs se dépravent; en un mot, *leur axe moral* est profondément dévié.

Sur ce terrain depuis longtemps préparé, on voit enfin germer les conceptions délirantes, qui, d'abord vagues et flottantes, sont destinées à se transformer, par une évolution progressive, en idées fixes. Mais il importe d'établir à cet égard une distinction fondamentale. Parmi les aliénés, les uns sont *logiciens*, les autres sont *incohérents*. Les uns et les autres caressent des notions insensées ; mais les premiers se préoccupent des objections que soulèvent leurs idées : ils s'efforcent de systématiser leur délire; ils y parviennent avec le temps; ils s'y installent alors avec complaisance, leur esprit se repose dans le cercle qu'ils se sont tracé, et ils refusent obstinément d'en sortir. Les seconds, au contraire, faibles, vacillants, indécis, tombent à chaque instant dans les contradictions les plus grotesques; ils mêlent les souvenirs prosaïques de leur vie réelle aux événements fantastiques de leur vie imaginaire, et ne font aucun effort pour les raccorder. Il n'existe d'ailleurs aucune barrière infranchissable entre ces deux états; ils peuvent se fondre l'un dans l'autre, et souvent le premier n'est que le vestibule du second.

états maniaques qui présentent une si grande analogie avec les affections cérébrales aiguës, et qui seront étudiés plus loin.

S'il est peu profitable de suivre dans ses divagations un esprit dont les idées ne reconnaissent plus aucun enchaînement rationnel, il est, au contraire, du plus haut intérêt de contempler l'évolution progressive de ce travail intérieur, qui transforme par degrés une notion, d'abord vague et flottante, déposée pour ainsi dire à l'état de germe dans l'esprit, en une *idée fixe* qui finit à la longue par s'implanter définitivement dans l'intelligence, qu'elle tyrannise d'une manière absolue, et dont il sera désormais impossible de la déraciner.

Cette étude, qu'il n'est pas encore temps d'aborder ici, trouvera sa place plus loin, lorsque nous nous occuperons des délires partiels. Contentons-nous, pour le moment, d'insister sur quelques points.

C'est, en général, après une longue hésitation que le malade, après avoir flotté dans l'incertitude, finit par trouver la formule de son délire, suivant l'heureuse expression de M. Jules Falret. Parvenu, dès lors, à la période de *systématisation*, il devient de moins en moins accessible aux influences extérieures, aux idées venues du dehors; il résiste, avec une énergie toujours croissante, aux impressions qu'on cherche à lui communiquer, et à partir de cette époque, l'un des points les plus remarquables de cette évolution psychologique, c'est qu'elle semble procéder d'elle-même, et tirer, pour ainsi dire, tous ses éléments de son propre fonds. Sans doute, les circonstances extérieures, les relations sociales, le degré de culture intellectuelle, les souvenirs et les croyances du malade jouent un rôle immense dans la production du délire; mais ce sont là, selon l'expression de Kant, les *moules* dans lesquels il jette sa pensée; et, dans des circonstances absolument opposées, le délire n'en existerait pas moins; il leur emprunterait un autre

langage, mais sans se rapprocher davantage de la raison.

Sur ce terrain si fertile en notions absurdes, rien n'est plus difficile que de faire germer une absurdité nouvelle, lorsqu'une fois le délire a trouvé son expression définitive. Entrez en conversation avec un de ces vieux monomanes qui peuplent les asiles, écoutez avec complaisance ses divagations, et cherchez ensuite à lui inoculer une conception erronée, aussi rapprochée que possible de celles dont il vient de vous entretenir ; et toujours (ou presque toujours) vous le verrez repousser sans la moindre hésitation l'erreur que vous lui présentez. Souvent même il fait preuve d'une puissance de logique et d'une vigueur de bon sens que l'on ne s'attendait guère à rencontrer chez lui.

Les *conceptions délirantes* sont donc (du moins chez les aliénés systématiques) le produit spontané du terrain sur lequel elles ont germé. Ce principe, d'ailleurs, ne saurait diminuer la portée des observations si remarquables qui ont démontré jusqu'à l'évidence la contagion de la folie; mais il suffit de se reporter au travail de MM. Lasègue et Falret (1), pour constater que la transmission ne s'opère que dans des conditions toutes spéciales, sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard.

Faut-il assimiler aux conceptions délirantes qui relèvent de la folie les troubles intellectuels qui caractérisent le délire des affections aiguës? Pour d'éminents observateurs, il n'existe aucune limite absolue, aucune barrière infranchissable entre ces deux états. Mais il ne faut point oublier que, dans l'un et l'autre cas, le délire n'est qu'un symptôme; c'est l'expression d'un trouble des fonctions cérébrales

(1) *Annales médico-psychologiques*, novembre 1877. Consulter aussi le travail de M. le docteur Régis, *la Folie à deux*, Thèse de Paris, 1880.

qui se relie à des conditions physiques profondément différentes. Nous admettons donc, sans aucun scrupule, qu'entre le délire violent des vésanies aiguës, avec son cortége incohérent d'idées bizarres et d'hallucinations multiples, et les perturbations intellectuelles qui éclatent au cours des maladies fébriles, il existe une profonde analogie ; mais un orage passager, qui vient troubler un instant les fonctions cérébrales, ne saurait être comparé, même au point de vue psychologique, à l'état mental d'un vieil aliéné, dont les conceptions délirantes ont, pour ainsi dire, des *ancêtres*, et plongent, par leurs racines, jusqu'aux profondeurs les plus intimes de l'organisation. — « On hérite de soi-même, » dit M. le professeur Lasègue. On ne saurait mieux exprimer cette filiation morbide, qui relie le présent au passé, et transforme l'intelligence par un effort lent et progressif, que la marche brutale des affections aiguës ne saurait jamais imiter.

Ce n'est point seulement, d'ailleurs, dans les états morbides qu'on s'est efforcé de retrouver le prototype des conceptions délirantes de la folie. Il est des phénomènes qui appartiennent essentiellement à la vie physiologique et qui présentent avec l'aliénation mentale de si profondes analogies, qu'il semble impossible, au premier abord, de ne point les rapprocher. Le sommeil et les rêves, avec tout leur cortège d'hallucinations étranges, de raisonnements absurdes et de conceptions monstrueuses, ont été maintes fois considérés comme le véritable type de la folie, et l'on a cru saisir un rapprochement encore plus intime entre l'aliénation mentale et cet état de trouble, de confusion et d'affaiblissement des facultés de l'esprit, qui succède immédiatement au réveil, et peut quelquefois se prolonger pendant un court espace de temps.

Enfin, nous l'avons déjà dit, on a signalé, chez certains sujets, une véritable invasion des rêves dans la vie normale, une sorte de fusion de l'état de sommeil et de l'état de veille qui trouble complètement les opérations de l'esprit et constitue un véritable délire : il est, en effet, des malades dont la seule erreur consiste à prendre pour des réalités les illusions fantastiques qui ont assiégé leur chevet et les discours qui ont bercé leur oreille endormie.

Certes, on ne saurait méconnaître la portée de ces faits vraiment étranges ; mais qui ne voit que des cerveaux déjà malades peuvent seuls se prêter à une aussi singulière perversion de toutes les règles physiologiques ! Et si, comme on l'a dit, la folie a paru quelquefois éclater au sortir d'un rêve, c'est que le rêve lui-même n'était que le premier symptôme d'un état morbide depuis longtemps préparé.

En résumé, pour le médecin qui ne voit dans le délire que l'expression symptomatique d'une lésion, soit organique, soit fonctionnelle, il ne saurait exister aucun point de contact entre l'évolution plus ou moins régulière d'une fonction normale et les manifestations extérieures d'un état pathologique. Mais le philosophe qui aspire, comme le dit Griesinger, à *pénétrer dans l'âme d'un aliéné*, a le droit de se placer à un tout autre point de vue : il peut se flatter d'avoir approché du but, lorsqu'en évoquant le souvenir de ses rêves il y retrouve des convictions, des sentiments et des idées qui présentent la ressemblance la plus frappante avec les manifestations habituelles de l'aliénation mentale.

Il serait facile, en poursuivant l'analyse des troubles intellectuels qui se produisent chez nos malades, de signaler d'autres lésions de l'entendement. La mémoire, l'imagination, la puissance d'attention, l'enchaînement logique des

idées, enfin la faculté d'exprimer ses pensées par le langage, toutes ces fonctions de l'intelligence peuvent être perverties à divers degrés, et chacune de ces altérations pourrait former le sujet d'un chapitre à part ; mais l'étude de ces questions trouve bien plus naturellement sa place dans la description des principales formes du délire, et d'ailleurs, les dissertations métaphysiques ne sont plus en faveur ; les tendances actuelles de la médecine mentale nous éloignent de plus en plus de la psychologie, pour nous rapprocher tous les jours davantage de l'observation clinique.

Nous croyons donc devoir nous arrêter ici dans l'étude générale des troubles purement intellectuels ; nous allons maintenant nous occuper des perturbations de la volonté.

Les *impulsions irrésistibles*, qui, chez la plupart des malades, sont étroitement associées aux conceptions délirantes et aux hallucinations, peuvent se manifester quelquefois sous une forme complètement indépendante. Le type le plus achevé de cette perturbation isolée des facultés morales se trouve dans l'aveugle fureur qui s'empare quelquefois des épileptiques et qui, sans cause connue, les pousse à des actes de violence dont ils ne peuvent expliquer les motifs, et qui souvent ne laissent aucune trace dans leurs souvenirs. Mais ce sont là des explosions passagères et qui relèvent plus directement de l'état physique que de l'état moral.

Sous une forme plus durable, plus systématique et plus intimement associée au caractère de l'individu, ces prédispositions malsaines constituent un véritable délire connu depuis longtemps des aliénistes, que Pritchard a désigné sous le nom de *moral insanity* et dont M. le docteur Trélat a fait une étude approfondie dans son ouvrage si justement célèbre sur la folie lucide.

Parmi les aliénés, il est une forte proportion de criminels, et, comme l'a démontré M. le professeur Lasègue, près d'un tiers des fous qui comparaissent à la Préfecture de police devant les médecins chargés de les interroger ont, dans leurs antécédents judiciaires, de petits délits qui ont motivé, à leur égard, des mesures plus ou moins rigoureuses. Mais, sans parler des sujets qui, après une existence des moins régulières, finissent par donner des preuves non équivoques d'aliénation mentale, il est des caractères profondément vicieux et chez lesquels le vice peut aller jusqu'à la folie, sans que jamais le moindre accès de délire soit venu troubler l'équilibre de leurs facultés intellectuelles.

Si l'on cherchait à marquer le premier degré de cette échelle ascendante, la manifestation morbide la plus discrète de ces perversions souvent héréditaires, on la trouverait peut-être dans l'irrésistible penchant qui pousse des personnes d'ailleurs bien équilibrées à déguiser constamment la vérité. Nous pourrions tous en rapporter de nombreux exemples, en faisant appel à nos souvenirs. Je connais personnellement un homme d'ailleurs fort honorable, plein d'intelligence et de ressources, et qui s'est élevé d'une position des plus médiocres à une très grande fortune. Les qualités si remarquables qui l'ont servi dans sa carrière sont déparées par un irrésistible besoin de mentir, qui le poursuit jusque dans les moindres détails de la vie et qui enlève toute espèce de valeur à sa parole aux yeux des personnes admises dans son intimité. Cette disposition, qui par son exagération et son opiniâtreté touche aux confins du délire, est la seule irrégularité d'un esprit d'ailleurs parfaitement ferme et lucide, et qui n'a jamais été troublé par l'ombre d'une pensée déraisonnable.

Il est des sujets qui, tout en conservant le plein exercice de leurs facultés intellectuelles, sont affligés d'une irritabilité vraiment morbide; les motifs les plus futiles provoquent chez eux des explosions insensées de colère. Cette prédisposition, qui se montre très souvent chez certains névropathes, et plus spécialement chez les épileptiques et les choréiques, peut aussi se manifester d'une manière absolument isolée, chez des sujets purs de toute névrose : elle constitue alors un véritable délire impulsif, un premier pas vers l'aliénation mentale.

Le besoin périodique des excitations de l'ivresse marque évidemment un degré de plus dans cette série de dégradations morales; cependant, quelle que soit la profondeur de l'abaissement où peuvent tomber les dipsomanes, ils n'ont pas encore atteint la limite qui sépare la folie du crime. Encore un pas, et la barrière est franchie.

Le vol, l'incendie, les perversions les plus étranges de l'instinct général, sont au nombre des manifestations les plus communes de ces aberrations instinctives; mais, de toutes les impulsions morbides, celles qui ont le plus justement attiré l'attention des légistes et qui nous présentent de la manière la plus saisissante le tableau de cet état mental, sont incontestablement la tendance au meurtre et le penchant au suicide, qui se trouvent si souvent réunis chez le même individu, et qui sont reliés d'une manière générale par des analogies si profondes.

L'aliénation mentale peut conduire au suicide par mille chemins divers. Tourmenté, comme Jean-Jacques Rousseau, par des persécutions imaginaires, terrifié par des hallucinations épouvantables, dominé par une terreur religieuse, entraîné par la contagion de l'exemple, ou frappé d'un délire subit, le malade se donne la mort, sans qu'on puisse

incriminer chez lui une impulsion morbide d'une nature toute spéciale.

Mais lorsque chez un sujet, d'ailleurs parfaitement raisonnable et en bonne santé, l'idée du suicide revient incessamment à propos des moindres détails, des plus légères contrariétés de la vie ; — lorsque cette tendance opiniâtre se retrouve chez tous, ou presque tous les membres d'une même lignée, à ce point que, dans une seule famille, j'ai rencontré quatorze cas de suicide, répartis sur trois générations successives ; — lorsque enfin ce penchant morbide, par une contradiction singulière, s'unit à une terreur profonde de la mort, comment ne point admettre que des prédispositions semblables représentent, dans le domaine de la pathologie mentale, une espèce à part ?

La folie homicide présente un type encore plus tranché, s'il est possible. « Les aliénés qui rentrent dans cette catégorie, dit M. le professeur Lasègue, obéissent à des impulsions limitées. Aucun d'eux n'agit sous la pression d'une vague tendance qui le porterait, comme dans les espèces précédemment énoncées, à n'importe quelles violences. Chaque fois que la crise se répète, elle a lieu sous la même forme, avec les mêmes appétits et les mêmes aboutissants (1). »

Il existe donc bien réellement un instinct aveugle, une impulsion particulière, qui commande le meurtre et demande du sang. Des exemples nombreux et parfaitement authentiques établissent la vérité de cette assertion ; elle a cependant été contestée par des observateurs, dont quelques-uns font autorité dans la science ; nous citerons surtout Morel, qui s'efforce, dans une longue argumentation,

(1) *Archives générales de médecine*, 1875, vol. I, p. 18.

de prouver « que les faits de ce genre reposent sur l'observation incomplète des phénomènes pathologiques et l'ignorance des motifs qui décident les aliénés (1). »

En présence d'une négation aussi formelle, il faut en appeler aux faits ; et, bien que l'on n'ait ici que l'embarras du choix, nous avons donné la préférence à une observation inédite et très-remarquable que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Faure. Ce récit, qui jette une vive lumière sur les sentiments intimes d'un véritable monomane homicide, nous montre le développement progressif de cette tendance chez un homme doué d'une intelligence des plus remarquables, et parfaitement sain d'esprit sous tous les autres rapports.

B... était d'origine créole. Son père avait vu égorger une partie des siens au milieu des flammes dans la révolte des nègres de Saint-Domingue ; l'impression de ces événements ne l'avait jamais quitté ; il était sombre, silencieux ; il est mort en démence. Le frère de B... était épileptique, il est mort jeune en état de manie, après de violents accès pour lesquels on avait dû l'enfermer. La fille de cet épileptique, nièce de B..., malgré tous les efforts de sa grand'mère pour lui donner une éducation en rapport avec une certaine position de fortune, entraînée dès son enfance par les penchants les plus vicieux, était tombée, très-jeune encore, au dernier degré de la prostitution. Plusieurs membres de la famille étaient morts par le suicide.

B... était très-heureusement doué sous beaucoup de rapports ; c'était un homme vigoureux, intelligent, travailleur, armé d'une volonté de fer. Cependant, dès ses premières

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 407.

années, l'ensemble de son caractère en faisait un enfant bien différent de ceux de son âge. Il était extrême en tout, au travail comme à la récréation. Aux jeux d'écoliers, dans tout ce qui rappelait une idée de lutte, on le voyait se passionner comme s'il se fût agi de la vie. Très-susceptible, une contradiction entre camarades, la réprimande d'un maître le mettait hors de lui. Il n'avait de goût que pour ce qui pouvait rappeler des idées de destruction, les armes, et surtout les histoires de meurtre et d'assassinat. Les armes, il les aimait non à la manière des autres enfants qui veulent des sabres et des fusils pour jouer au soldat, mais en homme pratique qui veut connaître ses instruments. Il lui fallait de la poudre, des balles, de vrais poignards, de vrais pistolets ; il les essayait, les démontait, en étudiait le mécanisme.

Tout jeune encore, il avait une remarquable facilité pour le dessin ; mais dans ces traits à la plume qui font le bonheur des écoliers, il nè rappelait jamais que des scènes de tuerie ; on voyait apparaître sous sa main, couramment, comme s'il eût rendu d'abondance un tableau présent dès longtemps à son esprit, des gens qui se mordaient, s'étreignaient, se déchiraient avec des détails de cruauté inouïe. Plus tard, on a connu une lithographie de lui intitulée : *les Malcontents de* 1511 ; c'était le délire du massacre.

Encore à l'âge où d'ordinaire on préfère à tout une partie de barres, il donne au tir et à l'escrime tout le temps et l'argent dont il peut disposer. Il va à la Morgue, se passionne à l'occasion des grands procès des cours d'assises, se rend des premiers à la place Saint-Jacques aux jours d'exécution à mort pour ne rien perdre des détails, puis, extraordinairement impressionné pendant plusieurs jours, il ne parle plus que de ce qu'il a vu. Aux jours d'émeute,

si fréquents de 1830 à 1837, il court, crie, se mêle dans les groupes, suit les cadavres qu'on emporte, paraît partout où il y a du sang répandu.

A dix-huit ans, de première force aux armes, il a étudié, au point de vue de l'anatomie, les régions des coups dangereux ; il a une théorie personnelle sur la manière de donner les coups de poignard : *de bas en haut, jamais de haut en bas, parce que la lame peut glisser sur les côtes*. Il ne rêve que duels et cherche querelle à des inconnus sans aucun motif. Avec ses plus anciens camarades, il relève une simple plaisanterie comme si elle lui donnait le droit d'exiger une réparation ; il considère le refus de se battre comme un tort qu'on lui fait, un véritable acte de mauvaise foi.

Les duels politiques faisaient alors de nombreuses victimes. A chaque affaire, B... prenait parti pour le vainqueur, avec autant de passion que s'il s'était agi de sa propre personne ; et sans se préoccuper, le moins du monde, de ses opinions, il soutenait, en manière de profession de foi (bien que personne ne lui dît le contraire), qu'il avait usé de son droit en tuant son adversaire. On le voyait, se transportant par la pensée à la place des combattants, se mettre en position, élever le bras, viser, etc.

La nuit, il sortait enveloppé d'une cape de couleur sombre, une dague au poing, et parcourait les rues mal hantées en quête d'aventures.

Avec lui, quel que fût le point de départ d'une conversation, on arrivait presque infailliblement à un récit d'aventures sanglantes. Dès cette époque, épris de l'histoire de Notre-Dame et du vieux Paris, il savait les monuments, les rues et les coins où s'étaient passés tels ou tels événements tragiques.

Tous les côtés de son existence étaient aussi étranges; son travail et ses amusements avaient, comme ce qui précède, un caractère profondément passionné; incapable de modération, tout devenait pour lui l'occasion d'une vie nouvelle, il s'y adonnait avec fureur. L'un des adeptes les plus ardents de l'école romantique, qui dominait alors, dépassant tous ses coreligionnaires par ses exagérations, il était de toutes les manifestations, de toutes les premières représentations orageuses, prenant fait et cause comme un véritable champion des nouvelles idées. A l'atelier d'Ingres, où il était entré comme élève, il s'était fait par ses excentricités une réputation qui est restée légendaire; sa passion pour le moyen âge arriva à ce point qu'il sut donner à son langage, à ses vêtements, des tournures du treizième siècle. Il apprit avec une rapidité extrême plusieurs langues vivantes, le billard, les échecs; ardent aux exercices violents, il fallait qu'il fît, en gymnastique ou à la nage, ce qui arrêtait les autres. Il se mettait pendant des mois, jour et nuit, à déchiffrer de vieilles chroniques françaises ou saxonnes, puis il partait à pied faire quelque lointain voyage.

.....Les choses en étaient là, lorsqu'un matin, un Italien, homme des moins honorables, comme le procès l'a montré, vint lui apprendre qu'une femme, avec laquelle il avait des relations, s'était donnée à un autre, à prix d'argent. Sans chercher d'autres informations, sans manifester la moindre hésitation, il prend ses armes, se rend chez elle, entre sans frapper, la voit occupée à regarder par la fenêtre et, sans prononcer un mot, il lui tire à bout portant deux coups de pistolet dans le dos.

L'opinion publique était préparée. Quand le bruit se répandit dans Paris qu'un jeune peintre, homme du

monde des plus distingués, avait assassiné une femme en lui tirant deux coups de pistolet dans le dos, personne de ceux qui le connaissaient ne chercha ailleurs. On sentait depuis longtemps qu'il devait un jour ou l'autre se signaler par quelque action sanglante, meurtre, suicide ou duel; on ne se méprit pas davantage sur cet empressement à donner la mort, sous un prétexte de jalousie, à une femme absolument vénale, de la part d'un homme qui avait constamment plusieurs maîtresses à la fois; chacun reconnut là l'explosion d'un besoin qui couvait de longue date.

Il était évident, d'ailleurs, qu'il avait saisi, pour tuer, une occasion où il se croyait assuré de l'impunité; il affirmait, en effet, que les tribunaux l'assimileraient au mari qui venge son honneur outragé; il parlait de cet acte avec la dignité pénétrée d'un homme qui a la conscience d'avoir accompli un douloureux devoir, il comptait sur un acquittement.

Il avait, au reste, donné la mesure de son attachement pour cette malheureuse, tuée soi-disant par amour, quand, à la Morgue, le jour où il avait été confronté avec le cadavre, on l'avait vu, se mêlant à la conversation des assistants sur la direction des projectiles dans le corps, discuter la question avec autant de sang-froid et de présence d'esprit que s'il avait été personnellement étranger à l'affaire. Bien plus, profitant de l'occasion, il voulut reconnaître la nature de certaines particularités qui l'avaient frappé pendant la vie.

Condamné à dix ans de travaux forcés, à l'expiration de sa peine il revint immédiatement à Paris.

Le hasard me le fit rencontrer très-peu de jours après. Il était absolument le même homme qu'autrefois. C'était le même regard hautain, la mise irréprochable, la tenue

sévère de l'homme du meilleur monde. Jamais on ne se fût douté que ce personnage qui avait tout l'air d'un prince, auprès duquel il n'aurait pas fait bon de risquer une familiarité, arrivait du bagne en droite ligne!

Il avait déjà repris ses habitudes laborieuses, comme si elles n'eussent été interrompues accidentellement que par un court intervalle de cause tout ordinaire. Il compulsait jour et nuit d'énormes in-folio, prenait des notes d'une écriture microscopique, relevait de vieux plans, copiait avec une minutie extrême de vieux dessins, des fragments de sculpture gothique ou de serrurerie. Parfois, il partait au loin, à la recherche d'un document, et revenait de suite. Il ne faisait plus absolument que travailler.

Sa vie privée était celle de l'homme le plus honorable; il adorait sa mère, excellente créature que le malheur avait foudroyée. Il était plein des attentions les plus délicates pour une jeune femme associée à sa vie, et qui, dans l'ignorance où elle était de son passé et de son caractère, s'étonnait, devant moi, de le voir dans son sommeil agité d'une manière extraordinaire, tourmenté par des rêves terribles et des cauchemars affreux, crier, se débattre, dans un état épouvantable, comme s'il se trouvait dans des mêlées d'extermination.

Ajouterai-je enfin que dans ses rapports sociaux, plein de régularité, de savoir-vivre et de droiture, il s'était concilié l'estime et la sympathie de tous ceux qui l'entouraient?

Mais rien n'était changé en lui. Sa condamnation l'avait rendu prudent, mais il n'en continuait pas moins à nourrir dans son for intérieur cet horrible besoin de tuer qui faisait le principal, ou pour mieux dire le véritable fond de sa vie.

En effet, en février 1848, à peine les premiers coups de fusil avaient-ils retenti dans la rue, qu'il quitte son habit

noir, revêt une blouse qu'il serre à la taille de manière à former une sorte de pourpoint, puis, un chapeau rond sur la tête, une poudrière seizième siècle au côté, de l'or dans ses poches, il se mêle aux combattants, une carabine de précision à la main, et suit pas à pas la bataille. A la barricade de la rue Saint-Honoré sur la place du Palais-Royal, il s'installe commodément et tire sur les malheureux soldats qui défendaient le poste dit *du Château d'eau*. Les journaux ont parlé de plusieurs de ces hommes qui avaient eu les carotides coupées par une balle, à la région du cou. B... en avait ainsi touché six ; il était allé le reconnaître après l'affaire.

En juin, à la barricade de la rue des Noyers, il tire sur les mobiles et il en tue jusqu'au moment où, malgré ses précautions, il est atteint dans le flanc d'une balle qui lui fait une horrible blessure.

Au coup d'Etat, il fut l'un des combattants de la barricade de la porte Saint-Denis.

Puis, mis en appétit, mais prévoyant qu'il n'y aurait rien en France de longtemps, il part pour la Californie, et là, cet élégant se fait homme d'escorte, c'est-à-dire que pendant plusieurs mois il court les bois pour tirer sur les Indiens. Enfin, pour un motif qu'il n'a jamais voulu dire, mais qui vraisemblablement se rattache à quelque épisode de sang, il quitte précipitamment l'Amérique, revient en France et reprend son travail.

Ceci se passait en 1853. Vers 1865, il s'était fait connaître par des travaux archéologiques importants, il avait attaché son nom à un grand nombre d'articles et de livres dont il conduisait la publication avec un soin et un goût qui en ont fait des raretés de bibliothèque ; il publiait un grand travail, un atlas immense dont les cartes, en partie dessinées

par lui, rétablissent d'une manière magistrale les plans du vieux Paris. C'était un savant dont la critique était redoutée des plus forts. Le gouvernement, pour se l'attacher, avait créé pour lui une place équivalente à celle de chef de bureau; il avait des employés sous ses ordres, et quand il est mort, il y a quelques années, d'une affection cérébrale, beaucoup s'étonnaient que l'œuvre de cet homme si distingué ne lui eût pas valu au moins la sanction d'une récompense honorifique.

Quelques traits achèveront de peindre la physionomie de cet homme singulier.

Absolument étranger à toute opinion politique, s'il tirait sur les soldats, c'était uniquement pour assouvir sa passion dominante, le besoin de tuer. Privé de toute espèce de droits dans la société par une condamnation infamante, il n'avait rien à espérer d'un mouvement populaire; et d'ailleurs, aristocrate de naissance et d'instincts, il était bien plus disposé à marcher contre le peuple qu'à risquer sa vie pour lui; c'était donc bien pour satisfaire ses penchants qu'il prenait les armes à chaque insurrection nouvelle.

Et cependant, cet homme si avide de verser le sang n'en pouvait supporter la vue; pour une petite opération chirurgicale, l'incision d'un abcès, on le vit pris d'une sorte de crise convulsive; ses dents claquaient, ses mains, serrées violemment sur le dossier d'un lit, l'ébranlaient à le briser; son regard absolument perdu roulait avec terreur, puis il tomba pâle et presque évanoui sur un siége.

Une impression toute semblable le remuait jusqu'au fond des entrailles, lorsqu'il assistait à une exécution capitale; et ce spectacle, qu'il recherchait avec une avidité maladive, le laissait toujours pâle, tremblant et profondément ému.

Le désir de tuer, la passion du meurtre, isolée de toute jouissance sensorielle, étaient donc ses seuls mobiles, et sa nature morale s'adaptait à merveille à ses instincts destructeurs. Probe, consciencieux et délicat sous tous les autres rapports, il paraissait absolument dénué de sens moral, lorsqu'il s'agissait de ses nombreux homicides : il en parlait tranquillement, sans la moindre jactance, et comme de la chose la plus naturelle du monde ; il semblait croire que sur ce point ses interlocuteurs devaient penser absolument comme lui.

En parcourant cette étrange et sombre histoire, ne croirait-on pas assister à l'un de ces drames antiques, où l'irrésistible puissance du destin entraîne le héros au crime, à son insu et contre son expresse volonté? Dans l'ordre des faits réels, rien ne saurait approcher davantage des créations du génie tragique : c'est une organisation cérébrale primitivement malsaine et viciée par des taches héréditaires, qui fait dévier l'existence tout entière ; en effet, l'intelligence brillante et cultivée, la raison d'ailleurs parfaitement solide de ce monomane homicide, constituent le véritable intérêt de l'observation si remarquable que nous venons de rapporter. On trouverait peut-être dans les annales judiciaires des exemples tout aussi frappants de ces anomalies morales ; mais c'est ici la dignité du coupable, s'il est permis de s'exprimer ainsi, c'est l'élévation de cette nature exceptionnellement douée qui nous frappe tout d'abord d'étonnement et soulève la question si grave de la responsabilité morale.

Pour le philosophe et pour le médecin, les criminels de cette espèce sont incontestablement des fous; mais la société doit-elle rester désarmée devant eux? Nous examinerons cette question plus tard ; qu'il nous suffise pour le

moment d'avoir établi que la santé la plus parfaite des facultés intellectuelles peut coexister avec le délire des actes poussé jusqu'au crime.

Mais, à côté de ces impulsions instinctives, qui constituent un véritable délire moral, ne convient-il pas de réserver une place à un phénomène absolument inverse, à ces paralysies de la volonté qui semblent à leur tour représenter une forme à part dans le cadre des perversions mentales?

Il est des sujets chez qui le moindre effort volontaire semble devenir impossible; et qu'on ne suppose pas qu'il s'agit ici de ces déterminations qui, pour être prises, semblent exiger un certain degré de force morale. Non; c'est des actes les plus familiers, des manifestations les plus triviales, pour ainsi dire, de la vie. Tel était ce notaire dont M. Billod a rapporté l'observation dans son intéressant mémoire sur les *maladies de la volonté* (1), et qui se plaignait de ne pas *pouvoir vouloir;* il s'habillait pour se rendre à une fête publique; mais, au moment de sortir, il ne le pouvait pas, bien qu'il en eût le plus vif désir. « Vous le voyez, disait-il, je suis mon propre prisonnier. »

Déjà Esquirol avait remarqué que certains lypémaniaques n'ont plus de volonté; s'ils veulent, ils sont impuissants pour exécuter ce qu'ils ont décidé.

On ne saurait donc le nier : s'il existe, chez les aliénés, des impulsions perverses qui dominent leur volonté et les privent de toute liberté morale, on peut aussi rencontrer chez eux une inertie absolue qui paralyse tous les efforts du moi.

Cette faiblesse particulière de la volonté se rencontre

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1877.

très souvent chez les femmes hystériques, chez les alcooliques, et surtout chez les masturbateurs invétérés qui semblent avoir perdu tout ressort moral.

Nous avons analysé les principales manifestations psychologiques de la folie; il resterait maintenant à en étudier les caractères négatifs et à montrer comment, sous son influence, on voit s'effacer et disparaître successivement les traits fondamentaux, les qualités maîtresses de l'esprit humain : comment le sens moral, comment la puissance d'attention s'affaissent par degrés et finissent par s'écrouler; mais cette étude, qui pour le moment nous entraînerait trop loin, trouvera mieux sa place dans la description des principales formes que peut revêtir l'aliénation mentale.

C'est donc au point de vue physique que nous voulons maintenant envisager les aliénés; nous décrirons l'aspect extérieur des malades, les prédispositions générales, les troubles fonctionnels et les altérations organiques qui peuvent influer sur leur santé.

SIXIÈME LEÇON

DE L'ÉTAT PHYSIQUE DES ALIÉNÉS.

SOMMAIRE. — Catégories diverses d'aliénés. — Les congénitaux, les cérébraux, les vésaniques. — Les vésaniques doivent seuls nous occuper ici. — Troubles de la sensibilité. — Anesthésie. — Perte de la sensibilité cutanée. — Ses conséquences psychiques. — Anesthésies locales. — Perte du sens musculaire. — Anesthésies internes. — Hyperesthésies.— Acuité exagérée des perceptions. — Hyperesthésie du sens cutané, des sens spéciaux, du sens génital. — Hyperesthésie de la sensibilité viscérale. — Angoisse précordiale. — Céphalalgie. — Névralgies. — Dysphrénie névralgique. — Troubles de la motilité. — Troubles de la vie végétative. — Diminution du poids. — Sécrétion urinaire. — Transpiration. — Sécrétions diverses. — Dystrophies. — Etat de la peau. — Pigmentation. — Ostéo-malacie. — Dégénérescences diverses. — Etat du pouls. — Température. — Chaleur locale. — Pathologie des aliénés. — Mortalité des fous.

MESSIEURS,

Je me propose aujourd'hui d'aborder un sujet de la plus haute importance. Je veux parler des lésions physiques de l'aliénation mentale, ou, si vous aimez mieux, de l'état physique des aliénés. Mais avant tout, lorsqu'on aborde un sujet si vaste et qui présente des difficultés si grandes, il s'agit d'établir des distinctions absolument indispensables.

Qu'est-ce qu'un *aliéné ?* Ce terme n'est pas, à proprement parler, une expression médicale : c'est plutôt un terme de médecine légale et de jurisprudence ; il semble circonscrire une catégorie bien limitée d'individus. Mais, en y réfléchis-

sant un instant, on ne tarde pas à voir quelle est l'immensité du terrain que couvre cette expression.

Les aliénés sont des individus qui ont perdu leur liberté morale et qui ont cessé d'être responsables de leurs actions. Cette définition n'est pas irréprochable au point de vue médical ; on a compris en effet sous cette dénomination plusieurs états radicalement différents. Aussi, avant de faire un pas plus loin dans l'étude de cette question, il nous faut établir quelques grandes divisions qui vous donneront une idée de l'esprit dans lequel je désire traiter ce sujet.

Parmi les aliénés on a rangé d'abord les *congénitaux*, c'est-à-dire les idiots, les crétins, les imbéciles, les dégénérés de toute espèce. Ce sont là des sujets d'un genre tout particulier ; ils portent sur leur figure le cachet de leur déchéance intellectuelle ; mais on ne peut pas les considérer comme des malades.

A côté des congénitaux, il faut placer les *cérébraux :* j'entends par là ceux de nos malades qui sont privés de la raison par suite d'une affection cérébrale d'ordre matériel, par suite d'une lésion organique. Beaucoup deviennent aliénés après une hémorrhagie cérébrale ou un ramollissement ; d'autres sont affectés d'une tumeur intra-crânienne. Ce sont là des questions intéressantes à étudier ; mais ce serait commettre une confusion déplorable que de confondre ces malades avec de véritables fous, et de décrire les symptômes extérieurs ou les troubles psychiques du ramollissement cérébral en même temps que ceux de l'aliénation mentale.

Je ne parlerai pas davantage de la paralysie générale, cette maladie forme une province à part que je me propose de parcourir plus tard avec vous dans tous les sens, nous en étudierons les lésions anatomiques et les symptômes;

mais je ne crois pas devoir confondre ces désordres avec ceux de la folie proprement dite, car les paralytiques sont surtout des cérébraux.

Pour des raisons semblables, il faut établir des classes distinctes pour l'alcoolisme, pour les folies toxiques de toute espèce; vous ne confondrez pas les signes de l'aliénation mentale avec ceux de l'empoisonnement saturnin.

Il nous reste les *vésaniques*. Il faut entendre par là des individus qui présentent une déviation intellectuelle parfaitement caractérisée, mais dont le délire ne se rattache pas à des lésions matérielles bien évidentes. Ce sont là les individus dont je me propose d'étudier avec vous l'état physique; je vous parlerai donc des vésaniques seulement dans le tableau qui va suivre.

Messieurs, parmi les phénomènes d'ordre physique qui jouent un rôle capital chez les fous, il faut accorder une place prépondérante aux troubles de la sensibilité.

Je pourrais, en abordant ce sujet, vous présenter la synthèse avant l'analyse, et vous offrir une idée générale des manifestations morbides de cet ordre avant de les énumérer en détail. Mais dans l'intérêt de la clarté et pour me conformer au véritable esprit scientifique, je préfère suivre une marche inverse et vous décrire individuellement les troubles de chaque appareil pour les résumer ensuite dans un cadre synthétique; et vous aurez ainsi une idée plus complète de la question.

Par l'étude des hallucinations et des illusions, nous vous avons initiés à l'une des perversions les plus étranges de la sensibilité; nous allons maintenant, poursuivant le même ordre d'idées, nous occuper des anesthésies et des hyperesthésies chez nos malades. La question des hyperesthésies

est très vaste ; celle des anesthésies se prête mieux à une esquisse rapide, et c'est par elle que je vais commencer.

Remarquons d'abord que cette question est très difficile à étudier en pratique, et cela pour des causes diverses : tout d'abord par le fait de l'état mental des sujets. L'hyperesthésie et l'anesthésie sont des phénomènes subjectifs ; pour les apprécier, il faut le concours du malade. Bien souvent les aliénés atténuent volontairement la douleur qu'ils éprouvent ; dans d'autres cas, au contraire, ils exagèrent leurs sensations.

Il faut aussi tenir compte de l'état variable de la sensibilité chez ces mêmes sujets. Dans diverses circonstances, on peut voir les mêmes phénomènes paraître, disparaître, se modifier, et souvent on se demande si l'on ne s'est pas trompé.

L'une des circonstances qui contribuent encore à porter l'erreur dans l'esprit du médecin, ce sont les troubles si variés de la circulation. Nous trouvons des hyperémies et des anémies locales ou générales. Nous voyons alors se développer des états de la sensibilité tout à fait différents. Ce sont là les difficultés qu'il s'agit de vaincre. Il existe cependant des données positives, il existe un ensemble de notions très précises que je vais vous exposer.

L'un des faits les plus remarquables qu'il nous soit donné d'observer chez les aliénés, c'est l'anesthésie générale ou locale de la surface cutanée ; mais l'anesthésie peut porter sur tous les organes des sens. Je ne me propose pas d'examiner en détail les troubles qui portent sur les sens spéciaux ; je vais m'occuper presque exclusivement des troubles du tact et en même temps des sensations internes.

L'un des phénomènes qui se rencontrent le plus fréquemment chez nos malades est l'anesthésie de la peau.

Il faut distinguer ici les diverses espèces de sensibilité que peut présenter l'organe du tact : la sensibilité au toucher, la sensibilité à la douleur, la sensibilité à la température, à la pression, à l'électricité, et à d'autres agents extérieurs. Il est une donnée plus importante encore : c'est qu'il peut exister des anesthésies générales ou locales. Chez beaucoup d'aliénés on rencontre une perte complète de la sensibilité sur tous les téguments extérieurs. C'est ainsi que peuvent s'expliquer bien des miracles, en apparence singuliers, et l'impassibilité avec laquelle certains individus subissent parfois des mutilations effroyables.

Bucknill rapporte l'observation d'une mélancolique qui, s'approchant d'un poêle allumé, avait penché sa tête sur la tôle rougie et s'était brûlée profondément, sans chercher à changer de place. Rochoux cite l'histoire d'un aliéné de Bicêtre qui, s'approchant d'un poêle, se coucha la tête sur la tôle et plongea le bras dans l'intérieur du foyer. Une odeur effroyable commença à se répandre dans le dortoir, et c'est ainsi que l'on découvrit cet homme qui ne changeait pas d'attitude. Son bras était carbonisé jusqu'à l'os, et cependant il ne paraissait avoir éprouvé aucune sensation douloureuse.

L'une des formes les plus vulgaires de l'anesthésie, c'est la perte de la sensibilité au froid. On la rencontre surtout chez les maniaques ; c'est la raison pour laquelle ces malades sont souvent portés à se mettre en état de nudité, et l'un des phénomènes les plus curieux à constater, c'est que ces incartades, ces étrangetés ne paraissent dans bien des cas nuire en aucune façon à leur santé.

C'est, dans une certaine mesure, à cette anesthésie qu'il faut attribuer les martyres, les supplices de toute espèce que s'infligent les aliénés. C'est peut-être en vertu de cette

anesthésie que certains d'entre eux prennent plaisir à se crucifier; c'est à elle qu'il faut attribuer le stoïcisme avec lequel ils se mutilent diverses parties du corps, surtout les organes génitaux. C'est encore à cette anesthésie qu'il faut quelquefois attribuer les tentatives de suicide auxquelles se livrent si facilement ces malades. Dans bien des cas en effet, chez les individus sains d'esprit, le suicide est empêché par la crainte de la douleur; l'aliéné n'est pas arrêté par cet obstacle salutaire.

Il est important de noter l'influence qu'un état semblable peut exercer souvent, sinon toujours, sur les phénomènes intellectuels. Lorsqu'il existe une perte complète de la sensibilité extérieure, l'individu perd la notion du moi, il perd le sens de l'identité. Tel malade prétend qu'il est mort depuis longtemps; tel autre prétend que son corps a été emporté par un boulet de canon; tel autre encore se figure qu'il est transformé en une masse de beurre et il refuse de s'approcher du feu de peur de fondre; en un morceau de verre, et il craint de se briser; ou bien il croit être en porcelaine et offrir la forme d'une théière. D'autres fois on rencontre un état fort étrange; c'est la croyance à la transformation de l'individu en un être différent, comme on le voit chez les aliénés qui s'imaginent avoir pris la forme de divers animaux. Ce qu'on appelle la lycanthropie est le cas le plus frappant de cette déviation intellectuelle qui, le plus souvent, se rattache à des troubles de la sensibilité et surtout à une anesthésie profonde. Au moyen âge, où ces faits étaient plus communs qu'ils ne le sont aujourd'hui, beaucoup d'individus affectés de ce délire se mettaient à courir à quatre pattes ou cherchaient à mordre comme des loups.

S'il existe des anesthésies générales de cette espèce, il existe aussi des anesthésies locales qui sont bien plus fré-

quentes. Ces phénomènes ne se rencontrent pas seulement chez les hystériques, mais aussi chez les autres névropathes, et surtout chez les aliénés ; il suffit de lire les procès des sorciers pour en voir de nombreux exemples. L'un des procédés les plus importants à l'aide desquels les magistrats de l'époque interrogeaient les accusés, c'était l'examen de la sensibilité cutanée. On cherchait les points insensibles que ces individus présentaient sur la surface du corps, et on en trouvait presque toujours, même chez les gens sains. Dès qu'un point anesthésique était découvert, on en concluait que l'accusé avait reçu la *marque du diable*. Chez beaucoup d'aliénés il paraît y avoir une anesthésie de la conjonctive ou de la cornée ; aussi pensait-on que ces individus recevaient la marque du diable sur ces membranes (1).

Les troubles de ce genre peuvent imprimer au délire un cachet spécial. Schüle rapporte l'histoire d'un malade qui présentait une anesthésie localisée à la paroi antérieure de la région précordiale. Cet homme se croyait damné ; il voulait prier Dieu, mais il ne le pouvait pas, disait-il, parce que le diable avait emporté son cœur. Un autre, qui présentait une anesthésie sur un point limité du corps, prétendait que c'était là le trou par lequel le diable avait pénétré pour enlever son âme.

A côté de ces anesthésies superficielles peuvent exister des anesthésies profondes. On peut observer, par exemple, la perte du sens musculaire. Dans l'état normal, nous possédons un appareil qui nous avertit des efforts que nous déployons, du degré de force dont nous pouvons disposer et en

(1) Il existe chez un certain nombre d'individus sains d'esprit une anesthésie profonde de la cornée, et surtout de la conjonctive.

même temps de l'effet produit par le travail musculaire. Chez les aliénés il y a une perversion souvent complète de ces phénomènes. Tel malade qui possède encore une quantité considérable d'énergie musculaire, croit l'avoir totalement perdue; tel autre, notablement affaibli, croit jouir d'un développement exagéré de ses forces. Nous développerons cet ordre d'idées lorsque nous aborderons l'étude des hallucinations musculaires.

Restent les anesthésies internes et la perte des sensations qui gouvernent notre vie habituelle. Beaucoup d'aliénés perdent le sentiment de la faim et de la soif; ils disent qu'ils n'ont plus aucun appétit. Ils sont anesthésiques à l'intérieur. D'autres éprouvent des phénomènes étranges qui semblent affecter les organes internes. Au début de l'aliénation mentale, le vide de la tête, ou l'absence du cerveau, est l'une des sensations les plus fréquentes. Certains malades disent que leur tête est pleine d'eau. Parmi les troubles de sensibilité de cet ordre, je vous citerai l'observation d'un cavalier qui passait sa vie à cheval et qui au début de sa maladie avait été frappé d'un symptôme paradoxal; il croyait sentir l'élargissement de sa monture; il lui semblait que son cheval devenait de plus en plus développé; aussi finissait-il par croire qu'il était monté sur un éléphant.

Ces phénomènes, difficiles à classer, servent de transition à des troubles d'une autre espèce. Après vous avoir parlé des anesthésies, si fréquentes chez les aliénés, nous allons nous occuper des hyperesthésies, qui jouent chez eux un rôle non moins important. Nous passerons ensuite aux troubles de la motilité, et nous terminerons par l'étude des perturbations qui surviennent dans les fonctions de la vie végétative.

Messieurs, les hyperesthésies qu'il nous est donné d'observer chez les fous peuvent reconnaître une triple origine. D'abord, et avant tout, on est porté naturellement à les considérer comme le résultat d'une excitabilité morbide des organes sensoriels, des extrémités nerveuses en rapport avec le monde extérieur. Mais ces appareils ne sont pas seuls capables de produire de tels phénomènes; nous devons également faire entrer en jeu les fils conducteurs. Il y a donc un deuxième élément du problème; le trouble des sensations peut dépendre de modifications survenues dans les cordons nerveux; c'est alors le nerf qui est malade. Enfin, en troisième lieu, se présente une impressionnabilité exagérée des organes de réception et de coordination des sensations. Ces causes, d'ordre cérébral, sont les plus importantes, et le phénomène fondamental, le trait commun qui réunit ces états divers, c'est une disproportion frappante entre l'excitation et l'effet produit.

Vous savez que, dans l'état normal, les milieux semblent avoir pour but plutôt de nous protéger contre l'excès de nos sensations que de nous fournir des renseignements multiples. Il est certain, en effet, que nos perceptions ne correspondent qu'à une minime partie des phénomènes qui se passent dans le monde extérieur, et qu'il est une multitude de modifications et de transformations de la matière qui nous échappent absolument. Mais, sans discuter l'existence de ce monde hypothétique, sur lequel nous n'avons que bien peu de renseignements, il est incontestable que, dans le monde réel, avec lequel nos sens nous mettent constamment en rapport, il est des phénomènes que nous percevons dans certains états pathologiques et qui n'exercent à l'état normal qu'une influence des plus minimes sur nos sens. Le même sujet, différent de lui-même,

perçoit aujourd'hui des impressions qui lui échappaient hier, qui lui échapperont encore demain. Pour opérer cette transformation dans l'acuité de ses sens, il a suffi d'un léger dérangement de la santé.

Même dans des conditions normales, nous sommes placés comme au centre d'une forteresse constamment bombardée; mais où, protégé par des travaux d'art, on ne reçoit que très-peu de projectiles. Dans l'état pathologique, les remparts sont abattus et les boulets viennent pleuvoir en grand nombre dans la place.

Il suffit d'avoir traversé cet état spécial qui accompagne les douleurs de la migraine pour savoir à quel degré les sens peuvent être surexcités; à ce moment, le bruit, la lumière, les odeurs deviennent intolérables. D'autre part, il suffit de jeter un regard sur les animaux qui nous entourent pour comprendre toute l'imperfection de nos organes. Pour le chien, par exemple, l'odorat constitue tout un monde à part, dont nous n'avons qu'une notion très imparfaite.

Appliquons ces principes à l'étude des hyperesthésies chez les aliénés. Il est indispensable d'établir dans le sujet quelques distinctions; on tomberait sans cela dans une confusion inextricable. Nous parlerons donc d'abord des sens spéciaux et nous commencerons par ceux qui sont de l'ordre le plus élevé; nous arriverons ensuite aux troubles liés aux organes génitaux et aux sensations intérieures, et nous terminerons par quelques considérations sur des phénomènes qui se passent dans divers appareils et qui ont avec l'aliénation mentale des rapports de la plus haute importance.

Il est des états cérébraux dans lesquels les sens spéciaux, les organes supérieurs subissent une surexcitation des plus manifestes; c'est ce qui arrive en particulier dans cer-

taines conditions pathologiques : chez les maniaques, chez les hystériques, chez les hypochondriaques et chez les névropathes en général. L'impossibilité absolue de supporter la moindre lumière, d'entendre le plus léger son, sans éprouver immédiatement un malaise considérable, se rencontre souvent chez les malades de cette espèce. On pourrait croire, chez certains de ces individus, qu'il s'agit d'un travers de l'esprit, d'une manie qui les porte à exagérer les impressions sensorielles de ce genre, et pourtant la pathologie ordinaire renferme de nombreux exemples de ces faits. Tel individu offre pour la lumière une sensibilité exquise, et s'il dort, la moindre lumière le réveille ; le fait inverse est beaucoup plus commun ; il n'est pas rare de voir des individus pris d'une dyspnée intense si l'on vient à souffler la bougie qui les éclaire pendant leur sommeil. Ce sont là des hyperesthésies qui prennent parfois une intensité considérable et réagissent alors profondément sur les fonctions du système nerveux. Cette surexcitation, toute particulière, fait quelquefois apparaître des facultés nouvelles, inconnues aux mortels vulgaires. C'est ainsi que, chez les hystériques, le sens de l'ouïe peut prendre un développement énorme ; le plus léger bruit, tout à fait imperceptible pour nous, peut être saisi par leurs oreilles. Un phénomène du même genre se produit chez ces femmes qui reconnaissent une personne au bruit de ses pas. Les hystériques se font souvent un jeu de deviner de la sorte. L'ouïe offre donc chez ces malades une sensibilité exagérée, qui nous est inconnue à l'état normal.

Chez les maniaques, il n'y a point cette netteté exquise de la perception, leur état cérébral s'y oppose ; mais il existe chez eux une surexcitation morbide qui produit les effets les plus singuliers au point de vue pathologique. Les

phénomènes extérieurs les plus légers les impressionnent douloureusement; aussi est-il nécessaire de séquestrer ces malades dans des cellules où ils n'entendent pas de bruit, où ils ne voient pas de lumière. C'est sans doute en vertu de ce principe qu'on a traité certains agités par la méthode de Polli, c'est-à-dire en les mettant dans des cellules où il n'arrivait que de la lumière colorée. On donne la préférence à la couleur bleue. L'influence de cette lumière trouverait sa raison d'être dans certaines considérations d'ordre physique; mais il me semble que, dans les cas où les résultats sont véridiques, il serait plus facile de les expliquer par l'obscurité. En effet, les carreaux bleus ne sont traversés que par un petit nombre de rayons, comme le seraient des carreaux enfumés. Peut-être n'est-il pas nécessaire de rechercher à ce point de vue la susceptibilité de la rétine à tel ou tel ordre de rayons.

Voyons quels sont les phénomènes de ce genre qui se passent du côté des sens spéciaux d'un ordre moins élevé, comme le goût et l'odorat. En laissant de côté les perversions de ces sens qui jouent si souvent un rôle chez les aliénés, il est incontestable que leur hyperesthésie peut donner des résultats extraordinaires. On a vu, par exemple, une hystérique, sans quitter sa chambre, reconnaître l'odeur des cerises qui se trouvaient à l'autre extrémité de l'appartement. C'est là un tour de force dont une personne à l'état normal serait absolument incapable. Telle autre reconnaîtra l'odeur de la paille pourrie dans un appartement où personne n'en avait soupçonné l'existence.

Chez d'autres malades, et ceci se rencontre chez les hypochondriaques, il existe ce qu'on peut appeler une *hyperesthésie du goût*, qui leur fournit une sorte de divination linguale extrêmement gênante pour le médecin.

Bien souvent nous sommes obligés, dans le traitement des aliénés, de mêler à leurs aliments des substances médicamenteuses. Or, il est plusieurs de ces malades qu'il est impossible de tromper de cette manière. Ils dépistent avec une sagacité désespérante les fraudes pieuses de leur entourage et parviennent en dernière analyse à se soustraire à toute médication interne.

Je ne sais s'il faut attribuer à une hyperesthésie ou à une perversion des sens un phénomène remarquable qui se produit avec persistance chez certains aliénés : je veux parler de la *coprophagie*. Quelques aliénés prennent plaisir à manger leurs propres excréments ; cela se rencontre chez les déments, chez les paralytiques. Un fait plus frappant encore, c'est de voir quelques-uns de ces malades courir après les autres pour dévorer leurs matières fécales. Je ne saurais dire s'il existe en pareil cas une perversion du goût ou une hyperesthésie, qui leur fait découvrir dans une pareille nourriture des sensations voluptueuses.

Il est une autre classe de symptômes plus importante et plus significative au point de vue mental : je veux parler de l'hyperesthésie du sens du tact, ou plutôt du sens cutané ; car nous sommes bien loin de l'époque où l'on confondait avec Haller, sous le nom de *sens tactile*, toutes les impressions que pouvait faire naître en nous le contact des objets. Le sens tactile, ou plutôt le sens cutané, fournit aux aliénés des illusions et des hallucinations multiples, générales ou locales. Ces malades éprouvent des sensations de chaleur, de froid, de brûlure, qui les portent à se livrer à toute espèce d'actes insensés. Rien n'est plus fréquent que de voir les aliénés se plaindre de recevoir des décharges électriques, de subir l'influence du magnétisme, de sentir des piqûres de toute espèce. Tel individu s'imagine que, par

des trous pratiqués dans le mur, on lui projette de l'acide sulfurique ou d'autres substances nuisibles. La sœur de Robespierre vécut longtemps à la Salpêtrière, où elle fut observée par M. Baillarger. Cette malade se croyait entourée d'ennemis, qui projetaient sur elle toutes sortes de matières nuisibles ; elle se plaignait surtout de recevoir à la figure des *exhalaisons de mal honteux*. Ces sensations peuvent varier jusqu'à l'infini.

On me dira que ce ne sont pas là de véritables hyperesthésies, mais des hallucinations élémentaires. Cependant elles sont toujours liées à une surexcitation des nerfs spéciaux. Mais il s'agit bien d'une hyperesthésie, lorsqu'on voit un aliéné ne pas pouvoir supporter le contact de l'eau. Je vous ai parlé du phénomène opposé chez les individus qui recherchent cette impression avec avidité, tandis que d'autres malades, placés à l'extrémité opposée de l'échelle, manifestent une véritable *hydrophobie* et refusent de se prêter aux soins de propreté les plus élémentaires.

Chez les maniaques, nous observons souvent un phénomène tout opposé ; ils éprouvent, dans beaucoup de cas, une sensation de malaise sur toute la surface du corps, que l'on peut comparer à ce qui se passe dans certaines névroses, par exemple dans le goître exophthalmique. Ces malades recherchent le froid, se roulent dans la neige ou s'inondent d'eau glacée. Mais ce qui est plus fréquent encore, c'est de les voir manifester une hyperesthésie cutanée qui rend tout contact insupportable et les porte à déchirer leurs vêtements pour se mettre dans un état de nudité complète. Je rapprocherai de ce phénomène un trouble physique qui réagit parfois sur l'intelligence et qui se rencontre chez les malades atteints d'hémorrhagie cérébrale : c'est l'anesthésie d'une moitié du corps, accou-

plée à l'hyperesthésie relative de la moitié restée saine.

M. Bouillaud a rapporté l'histoire d'un hémiplégique, d'ailleurs aliéné, qui se figurait être constamment auprès d'une autre personne qui occupait sa couche et le suivait partout. Quelques hémiplégiques se plaignent d'être accouplés à une moitié de cadavre. On comprend, dans une certaine mesure, cette sensation : lorsque nous touchons une personne étrangère, il y a au point de contact une sorte de choc en retour ; quand nous nous touchons nous-même, nous éprouvons simultanément en deux points correspondants de notre individu une sensation de contact qui nous revient par deux voies différentes et nous permet de dire que nous nous sommes touchés. Mais lorsqu'il existe, comme chez certains sujets, une abolition complète de la sensibilité cutanée dans toute une moitié du corps, le malade éprouve au contact de la surface paralysée une sensation analogue à celle que produirait le contact d'une personne étrangère. Il n'en faut pas davantage pour susciter chez un aliéné toute une série de conceptions délirantes, et c'est ici l'un des cas si nombreux où un fait physique chez un sujet prédisposé devient l'origine d'un trouble intellectuel.

Les hyperesthésies cutanées, qui se localisent sur un point déterminé, se rencontrent surtout chez les mélancoliques ou les hypochondriaques et les hystériques. Ces malades se frottent quelquefois un point particulier de la peau jusqu'à l'écorcher ; il s'agit là d'une excitation spéciale portant sur un point limité.

Il faut y joindre les troubles qui se développent du côté du sens génital : je veux parler de cette excitation perpétuelle qui porte un grand nombre d'aliénés aux excès solitaires. Bien souvent, chez la femme, on voit une hyperes-

thésie vulvaire influer sur l'état mental. Les idées les plus étranges peuvent alors se donner cours : les unes s'imaginent qu'elles sont en état de grossesse, les autres affirment qu'elles ont été l'objet de violences criminelles ; d'autres enfin croient être habitées par de mauvais esprits, qui leur font subir à chaque instant des outrages imaginaires en s'introduisant jusque dans les parties les plus secrètes de leur corps.

A ces aberrations sensorielles se rattache peut-être cette forme étrange de délire qui porte certains aliénés à croire qu'ils ont changé de sexe et à conformer leurs habitudes, leurs occupations et jusqu'à leur costume à cette métamorphose imaginaire, comme les Scythes dont parle Hérodote (1).

Après vous avoir parlé des troubles du sens cutané, des sens qui nous mettent en rapport avec le monde extérieur, je dois vous signaler les hyperesthésies viscérales et les conséquences qui en résultent au point de vue physique et psychologique.

A l'état normal, nos organes travaillent en silence; ce n'est que de temps en temps qu'ils accusent des besoins qui réclament impérieusement notre attention. D'une manière générale, aucun viscère ne nous avertit de son fonctionnement. Il en est tout autrement chez certains malades, et c'est là la source la plus habituelle de l'hypochondrie. Ce sont des troubles intérieurs, pesés et jugés dans un esprit malsain. Ce sont ces sensations anormales qui font dire à tant de malades qu'ils ont un animal dans le corps. Mais laissons de côté ces faits, trop vulgaires et

(1) Il ne s'agit pas, bien entendu, de ces aberrations criminelles qu'on observe parfois chez les aliénés et qui tiennent à une perversion véritable du sens moral.

trop intéressants à la fois pour que je n'en fasse pas l'objet d'une leçon spécialement consacrée à l'hypochondrie.

Il est une sensation particulière qui paraît se rattacher à plusieurs genres de délire partiel. Il s'agit de la sensation de poids, d'oppression, d'angoisse précordiale. Cette impression n'est pas seulement psychique ; c'est un malaise des plus fatigants, qui semble annoncer l'arrêt du cœur. Cette sensation, qui forme cliniquement le fond même de ce qu'on a appelé l'*angine de poitrine*, peut être attribuée à des causes diverses. Dans la plupart des cas, c'est un phénomène réflexe, partant des organes internes, transmis par le grand sympathique et se réfléchissant par la moelle allongée. C'est dans les cas de ce genre que l'on rencontre ces formes de délire qui ont été décrites par divers auteurs sous le nom d'*agoraphobie*, de *claustrophobie* et de *topophobie.* Le malade est pris d'une angoisse irrésistible en présence d'un espace vide un peu étendu ; il lui semble qu'il va quitter la terre. Il y a là une sorte d'anxiété, de dyspnée, d'oppression spéciale qui tient de l'ordre physique et qui retentit sur l'état moral de l'individu. C'est là le caractère fondamental de l'agoraphobie, dont la claustrophobie n'est qu'une variété retournée. Cette impression pénible se rencontrait, à ses divers degrés, chez tous les malades de cette espèce que j'ai eu l'occasion d'interroger. Nul doute qu'elle n'exerce sur leur délire une influence prépondérante.

Il me reste à vous dire quelques mots d'un autre phénomène qui joue souvent un rôle des plus importants : je veux parler des névralgies. Les aliénés y sont très-sujets, plus que les autres malades ; ils sont exposés à des névralgies de tout genre, mais il en est une qui joue un rôle très-important, c'est la céphalalgie.

M. le professeur Lasègue aime à faire observer que ce phénomène est moins commun qu'on ne le suppose chez les aliénés ; cependant il existe et nous ne saurions le passer sous silence. Il y a quelques distinctions à faire. D'abord la céphalalgie peut être prémonitoire, et sous cette forme je crois qu'on ne peut pas en contester la fréquence. Rien n'est plus commun que d'être consulté par des sujets qui accusent une céphalalgie très incommode et qui sont destinés plus tard à devenir aliénés. Ce n'est pas sans raison qu'existe cette expression vulgaire : Avoir un mal de tête à en devenir fou.

Lorsque le coup est frappé et que le mal est fait, l'aliéné est peut-être moins sujet à éprouver des céphalalgies qu'on ne le croit ordinairement. On peut diviser ces sensations morbides en trois ordres différents. Nous avons d'abord les douleurs céphalalgiques sous-cutanées, accompagnées d'une hyperesthésie qui occupe une zone plus ou moins étendue. C'est là un symptôme des plus fréquents. Nous avons ensuite les douleurs profondes, pénétrantes, perforantes, lancinantes, gravatives ; quelques malades souffrent, disent-ils, comme si on leur enfonçait un couteau à travers les parois du crâne. C'est une douleur fixe, immobile, qui est toujours présente, bien qu'elle puisse offrir des exacerbations et des rémissions. Ce genre de céphalalgie se relie souvent à des altérations organiques et profondes des centres nerveux. On la rencontre chez des sujets déjà frappés d'hémorrhagie cérébrale ou qui vont en être frappés, dans les ramollissements, dans les tumeurs cérébrales, enfin dans les inflammations et les adhérences de la dure-mère. De nombreuses autopsies sont venues confirmer ces données. Si donc vous trouvez chez un aliéné ou chez un candidat à l'aliénation mentale une dou-

leur fixe, persistante et toujours au même endroit, songez à une altération des organes sous-jacents à la boîte crânienne.

En outre des céphalées liées à des lésions matérielles, il en est qui sont dues à des troubles des nerfs vasomoteurs. C'est là très-probablement l'origine la plus commune de cet affreux malaise connu sous le nom de migraine et qui est assez fréquent chez nos malades.

Si nous laissons de côté la céphalalgie comme un cas à part, les névralgies les plus souvent observées sont les intercostales, les lombaires, les trifaciales. Le fait le plus important au point de vue psychologique, c'est l'influence exercée par ces névralgies sur les troubles de l'esprit; c'est l'un des chapitres les plus intéressants de l'étude des rapports du physique et du moral.

Il peut ici se présenter trois cas ; la névralgie peut être absolument indépendante de l'aliénation mentale ; ce sont alors des troubles de la sensibilité liés à des causes diverses. Les aliénés peuvent avoir des névralgies comme tous les autres malades.

Mais il est des cas appartenant à une deuxième catégorie où la douleur peut offrir une importance capitale et coïncider avec des troubles psychiques auxquels elle fournit un substratum matériel et qu'elle contribue à exciter.

Il est en effet des névralgies qui peuvent devenir le point de départ de psychoses *réflexes*. Le trouble intellectuel résultera de l'influence exercée sur les fonctions cérébrales par cette impression douloureuse. Tous ces faits se réunissent sous un nom général, la *dysphrénie névralgique* (1). Les auteurs ont cité de nombreux faits de ce genre ; Brodie

(1) Schüle.

en a rapporté un bel exemple reproduit dans le traité de Morel. Il s'agit d'un malade qui, atteint d'une rachialgie d'origine spinale, voyait un délire intense se développer quand il avait ses crises douloureuses ; dès que la douleur cessait, la perturbation intellectuelle disparaissait également. C'était là plutôt un cas de délire que d'aliénation mentale. On pourrait en rapprocher ces troubles psychiques qui s'emparent si facilement de certains sujets, sous l'empire de la moindre douleur.

Il est des cas où l'état mental se déclare à la suite d'une névralgie d'origine périphérique ; Schüle en rapporte l'observation suivante. Une femme d'un tempérament nerveux, d'un caractère sensible, était mariée depuis quelques années à un homme qu'elle aimait, lorsque celui-ci fut atteint d'une maladie de poitrine qui devait l'emporter. Quand elle vit son mari cracher le sang pour la première fois, il lui sembla éprouver dans le sein gauche la sensation d'un charbon ardent. Cette douleur intolérable se reproduisit avec opiniâtreté pendant tout le cours de la maladie de son mari. Après sa mort la douleur persista dans le côté et se manifesta en même temps sur d'autres points, toujours caractérisée par la même sensation de brûlure. Puis cette femme fut prise de délire : elle croyait être possédée par le diable ; elle était le jouet de mauvais esprits. La maladie se développa de plus en plus et se termina par un suicide. C'est donc là un exemple de névralgie devenant le point de départ d'un trouble psychique.

Il est d'autres faits dans lesquels on voit le délire débuter après une plaie. Dans le cours de la guerre franco-prussienne, un jeune homme d'un esprit cultivé, reçut un coup de feu ; la balle, venant le frapper à la tête, resta logée sous le cuir chevelu. Il se produisit à l'endroit de la blessure une

douleur très-vive. Le malade ne tarda pas à entrer dans un état de délire incohérent. Mis en traitement, des injections sous-cutanées de morphine, employées à propos, calmèrent ses douleurs, atténuèrent son délire et finirent par guérir à la fois ces névralgies et la psychose qui en était la conséquence. Il me paraît difficile de nier ici l'influence de la névralgie sur l'aliénation mentale.

Il existe un troisième ordre de névralgies, où le trouble psychique alterne avec la douleur et semble en quelque sorte se substituer à celle-ci. Nous voyons en effet des sujets qui pendant la durée de leur douleur jouissent de toutes leurs facultés intellectuelles et les perdent dès que leur névralgie disparaît. Il y a des cas où cette substitution se fait sous la forme de convulsions. On voit des épileptiques chez lesquels une névralgie intense remplace l'accès convulsif. Que la douleur vienne à guérir et l'on verra apparaître les phénomènes de la névrose.

Je pourrais rapprocher de ces faits ceux dans lesquels les phénomènes inverses se produisent. Un jeune homme est sujet à des accès de névralgie de la cinquième paire ; dans ces moments son esprit se trouble ; il devient vicieux, libertin ; quand la névralgie disparaît, on le voit reprendre son état moral antérieur. Il y a donc chez lui une perversion de la sensibilité qui se relie aux troubles de l'innervation, et qui semble, dans une certaine mesure, nous offrir l'équivalent de l'aberration mentale.

Au reste, rien n'est plus fréquent que de voir un désordre intellectuel remplacé par un trouble de la motilité. J'ai eu déjà l'occasion de vous en citer des exemples.

Je crois vous avoir démontré l'importance des anesthésies et des névralgies; il me reste à vous dire quelques mots d'une forme particulière d'hyperesthésie, celle du sens mus-

culaire. Chez beaucoup d'aliénés il existe une sensibilité musculaire exagérée ; ils ont des inquiétudes dans les membres ; il leur est impossible de garder une position quelconque. Ils ont un besoin perpétuel de mouvement. Poussez l'exagération de ce phénomène jusqu'à ses dernières limites, et vous aurez l'explication naturelle de l'incroyable agitation que présentent certains maniaques qui sont la vivante image du mouvement perpétuel. C'est encore par suite d'une perversion du sens musculaire que certains agités se ruent contre tous les obstacles pour les renverser. Mais nous empiétons ici sur le domaine des troubles de la motilité, qui doivent maintenant nous occuper.

Messieurs, rien n'est plus difficile, dans une esquisse générale, que de faire la part exacte des troubles de la motilité qui relèvent de l'aliénation mentale proprement dite. D'une part les fous sont sujets, comme les autres malades, et plus peut-être que les autres, aux paralysies, aux hémiplégies, aux contractures. D'une autre part, il existe des troubles moteurs parfaitement caractérisés et se rapportant très nettement à certaines maladies mentales qui ne sauraient trouver leur place ici, puisqu'il s'agit des vésaniques seulement. Réduite à ces proportions et renfermée dans ces limites, la question ne saurait être traitée qu'à un point de vue très-général. C'est dans ce sens que nous allons l'aborder, et nous chercherons à vous présenter un programme qu'il vous sera facile de remplir vous-mêmes quand vous aborderez l'étude des détails.

La sensibilité musculaire subit chez les vésaniques des modifications extrêmement remarquables. Chez beaucoup de fous, le sentiment de la fatigue paraît complétement aboli. Une agitation violente, qui se prolonge pendant des heures et des journées entières, les entraîne à des efforts

musculaires sans cesse renouvelés sans trêve ni repos ; ou bien, sous l'empire d'une préoccupation morbide, ils prennent une attitude plus ou moins pénible qu'ils maintiennent indéfiniment par un simple effort de la volonté. Ce sont des cataleptiques sans catalepsie, car ils n'ont même pas pour excuse de leur immobilité cet état cérébral particulier dans lequel la conscience est abolie. Tels sont, pour n'en citer qu'un exemple, ces malades qui, couchés horizontalement sur le dos, maintiennent indéfiniment la tête demi-fléchie sur le tronc dans l'attitude la plus incommode qui se puisse imaginer et ne consentent jamais à reposer sur leurs oreillers.

Un degré plus élevé, s'il est possible, de ces troubles sensitivo-moteurs, nous est offert par les hallucinations musculaires dont certains aliénés sont le jouet. Tel qui s'imagine que les diverses parties de son corps s'échappent et s'en vont au loin s'épuise en vains efforts pour retenir ses pieds et ses mains prêts à s'envoler ; tel autre se croit enlevé tout entier et cherche à se cramponner aux objets voisins. A un degré moins prononcé, les malades éprouvent des secousses, des décharges électriques dans les muscles, qui sont évidemment en rapport avec une perturbation de la sensibilité de ces organes.

Mais les contractures et les paralysies jouent aussi un rôle des plus importants chez nos malades. Parmi les phénomènes de cet ordre qui se relient plus directement à l'aliénation mentale, nous citerons la contracture des muscles de la face qui imprime au masque une physionomie grimaçante. Nous citerons aussi les contractures viscérales parmi lesquelles la première place appartient peut-être à la dysphagie, soit occasionnée par un spasme œsophagien, soit localisée dans les muscles du pharynx. Notons enfin les

troubles de la motilité linguale, contracture ou glossoplégie, qu'il nous est si souvent donné d'observer.

Parmi les paralysies qui peuvent atteindre nos aliénés, il en est quelques-unes qui ont une signification toute spéciale. On a signalé (Guislain) comme une marque de démence incurable la paralysie des muscles de la nuque, qui laisse tomber la tête sur la poitrine. On doit aussi remarquer la perturbation et l'affaiblissement de tous les mouvements coordonnés, phénomène qui se traduit bien souvent par une altération de l'écriture, et surtout par la perte de l'habileté manuelle. Enfin notons les altérations de la voix et surtout les perturbations de l'équilibre des muscles de l'œil qui aboutissent dans beaucoup de cas à un strabisme permanent, qui n'existait point avant l'explosion de la folie.

Nous ne croyons pas devoir poursuivre plus loin cette description générale. La question sera reprise et traitée dans tous ses détails quand nous aborderons l'étude des formes diverses de la folie et plus spécialement de la paralysie générale.

Passons maintenant aux altérations que subit la nutrition chez les aliénés.

La folie est pour les gens du monde une simple aberration intellectuelle ; il en est tout autrement pour le médecin. Pour nous, la folie est une maladie de l'*être tout entier*. C'est une maladie qui, ainsi que toutes les autres, présente une période prodromique, une période d'état et une période de convalescence et de déclin. A chacun de ces divers états correspondent des troubles trophiques très-variés.

Il est un moyen de diagnostic que je regrette de ne pas voir plus souvent usité en clinique, c'est l'emploi de la balance. Les pesées, pratiquées constamment en Allemagne

chez tous les malades, sont un excellent moyen de se rendre compte des changements qui s'opèrent dans l'état général de l'économie. C'est par l'emploi de ce procédé que l'on est arrivé à démontrer un fait très-important.

A la période prodromique, à l'époque où les troubles intellectuels sont encore absents, prenez un individu non encore aliéné, mais sur le chemin de l'aliénation mentale. Cet homme ne présente pas encore de conceptions délirantes; cependant il va perdre une partie considérable de son poids, et cette déchéance, très-rapide chez les jeunes sujets, peut les amener en peu de temps à un état d'amaigrissement très-prononcé, alors qu'ils n'ont pas encore présenté de troubles intellectuels évidents.

Mais la folie éclate avec tous ses caractères ; reste alors à suivre la marche de ses phénomènes. Nous savons que la maladie peut parcourir rapidement ses diverses périodes; mais, devant vous retracer le tableau des troubles qui se présentent du côté de la nutrition chez les aliénés en général, je dois prendre pour type un de ces malades dont l'affection peut se prolonger pendant longtemps.

Dans la période d'invasion, le poids ne varie pas autant que dans la période prodromique ; cependant les modifications qui se présentent sont toujours dans le sens de l'amoindrissement ; mais ce que l'on constate surtout, ce sont des troubles trophiques variés, longtemps avant que l'on ait observé aucun symptôme intellectuel. On peut noter des altérations profondes de la nutrition, de la gangrène, des ulcérations, ce que l'on a appelé *le décubitus aigu*. Cela se rencontre non-seulement dans la folie, mais dans un grand nombre de maladies des centres nerveux. Ce sont tantôt des troubles de la circulation ; tantôt des modifications gé-

nérales de la nutrition de l'individu, qui ne se traduisent que partiellement par la diminution du poids.

L'orage se calme, les accidents du début commencent à s'apaiser et l'on entre dans la période d'état. A ce moment, l'économie semble avoir pris son parti des pertes qui lui sont infligées. On a sacrifié l'intelligence, et l'on se remet à vivre à peu près comme auparavant ; alors les fonctions digestives reprennent leur état habituel et l'on peut avoir une certaine amélioration au point de vue de l'embonpoint.

Mais nous arrivons à la période terminale ; la masse du corps se développe de nouveau, et c'est là souvent un symptôme déplorable. Un fou qui engraisse est un homme perdu, dans l'opinion des gens du monde.

Rien n'est plus vrai, mais le contraire l'est également ; ce n'est pas que je veuille ici rien emprunter à cette morale justement flétrie par *les Provinciales*, et pour laquelle deux opinions contradictoires peuvent être également probables, à la condition d'avoir été soutenues l'une et l'autre par un docteur grave. Mais il est absolument nécessaire d'établir ici une distinction fondamentale. Nasse a eu le mérite de démontrer le premier l'importance de ce fait, que dans la convalescence de la folie il y a un rapide accroissement du poids du corps. Cet accroissement est marqué surtout chez les jeunes gens et chez les femmes ; dans l'âge adulte, il est plus lent, dans la vieillesse, il est presque nul. Ce qui est surprenant, c'est le chiffre que cette augmentation de poids peut atteindre. J'ose à peine vous indiquer quelques données. On assure que, dans des cas favorables, cet accroissement peut aller jusqu'à 200 ou 300 grammes par jour. On assure, en outre, que, parvenu aux limites qu'il doit atteindre, il peut être de 30 ou 40 pour 100 du poids que l'individu présentait autrefois ; il aurait même

été de 100 pour 100. Ce sont là des faits singuliers, mais en même temps profondément significatifs.

Vous vous rappelez que Nasse a été en Allemagne le grand fondateur de l'école somatique, le précurseur de Jacobi, l'adversaire de Heinroth et de l'école psychologique. A coup sûr, dans une affection qui présente si peu de traces anatomiques, il devait être heureux de trouver un fait d'une telle importance.

Il n'est pas de guérison solide sans cette augmentation du poids du corps. On voit des malades éprouver une amélioration intellectuelle quelquefois très-notable et cependant ne point engraisser ; mais, en général, dans ces cas, il faut se méfier des rechutes.

Si l'augmentation de l'embonpoint est un signe de démence incurable, et si, d'autre part, l'augmentation du poids du corps est un signe de guérison certaine, comment distinguer les cas favorables de ceux dans lesquels il faut porter un pronostic fâcheux ? Comment savoir, en somme, si l'engraissement est bon ou mauvais ? Le critérium, en pareil cas, c'est l'état intellectuel. Chez un individu dont l'activité cérébrale s'engourdit, lorsqu'on voit augmenter le poids du corps, lorsqu'on voit les fonctions digestives reprendre leur activité, c'est alors qu'on peut dire : le fou qui engraisse est un homme perdu. On peut comparer ce qui se passe alors à ces modifications qui se produisent dans certaines maladies du système musculaire, et où une hypertrophie considérable des muscles correspond à une diminution dans leur activité physiologique. Le malade, comme on l'a dit si justement, devient alors un tube digestif.

Mais il en est tout autrement d'un homme qui doit guérir ; l'esprit chez lui reprend son empire, l'expression de la

physionomie est tout autre, la lumière de l'intelligence vient l'éclairer de nouveau. Ce n'est pas seulement de la graisse, ce sont des tissus plus nobles, plus élevés qui augmentent son embonpoint et annoncent sa guérison prochaine. Il serait intéressant d'appliquer ces données à chaque forme de l'aliénation mentale; c'est ce que nous chercherons à faire plus tard.

Je viens de vous tracer le tableau rapide des troubles de la nutrition générale. A ces phénomènes se joignent quelques désordres produits dans d'autres fonctions qui sont liées aux maladies organiques de la façon la plus directe : je veux parler des sécrétions. Parmi ces dernières, celle qui se rattache le plus directement aux variations de la santé, c'est l'excrétion urinaire.

On comprend aisément que si, dans toute maladie qui entraîne un trouble profond de la nutrition, l'analyse des urines offre un intérêt des plus sérieux, il doit en être ainsi, à plus forte raison, dans la folie. Rien ne serait plus utile, au point de vue de la clinique, rien ne serait plus satisfaisant au point de vue de la science pure, que d'établir une corrélation directe entre les troubles de l'entendement et l'élimination plus ou moins rapide de certains principes constituants de l'économie. Malheureusement, les faits n'ont guère légitimé jusqu'ici les espérances que l'on avait conçues un peu prématurément à cet égard.

S'il fallait résumer ces montagnes de travaux que l'on a publiés sur l'état des urines chez les aliénés, la totalité de mon cours n'y pourrait suffire. Je me propose de vous indiquer seulement quelques données dont l'authenticité est parfaitement établie.

En premier lieu, dans la mélancolie et dans toutes les formes dépressives, on constate un amoindrissement notable

de la diurèse. Les mélancoliques urinent peu, et la densité de leur urine augmente. On remarque une diminution de l'urée et des chlorures. La quantité d'urée correspond, dit-on, à l'activité des combustions qui se passent dans l'économie. En outre, c'est principalement sous cette forme que les matières azotées sont éliminées de l'organisme. On peut comparer, à ce point de vue, les mélancoliques aux goutteux, chez lesquels l'urine, quoique très-fortement chargée de principes solides, ne présente pas dans sa totalité la somme d'élimination nécessaire. L'acide urique et les urates s'accumulent dans le sang et dans les tissus, parce que la quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures ne suffit pas pour les entraîner au dehors.

Chez les maniaques, un autre phénomène attire l'attention ; le fait capital, bien constaté par beaucoup d'observateurs, c'est la diminution des phosphates. L'élimination du phosphore diminue non-seulement d'une manière absolue, mais encore d'une façon relative ; il y en a moins par rapport à la quantité des autres déchets organiques. Il est remarquable de voir cette diminution dans l'excrétion du phosphore coïncider avec la suractivité intellectuelle dont ces malades nous offrent le spectacle. On a dit : « Sans phosphore, pas de pensée, » et c'est à l'oxydation du phosphore qu'une certaine école a voulu rattacher le travail même de la pensée. Il n'est pas sans intérêt de constater que, dans ces cas pathologiques, la surexcitation des facultés intellectuelles ne coïncide pas avec une augmentation de la production des phosphates, ce qui aurait certainement lieu si l'oxydation du phosphore se trouvait exagérée.

Chez les déments parvenus à cette période d'affaissement où l'influence de l'encéphale est réduite à sa plus faible expression, il y a un défaut de parallélisme entre l'état gé-

néral et la sécrétion urinaire ; c'est là encore un indice de cette déchéance organique dans laquelle toutes les fonctions de l'économie subissent un ralentissement évident.

En résumé, il y a diminution de l'excrétion urinaire, diminution de quantité et de qualité ; les reins cessent de remplir convenablement leurs fonctions, ils sont paresseux au travail, comme tous les autres organes de l'économie.

Quelques phénomènes accessoires doivent être signalés ici. On a rencontré de l'albumine en quantité sensible dans les urines des aliénés. Lorsque je parle d'albumine, j'élimine tous les cas dans lesquels il y a altération des reins ou maladie du cœur. Il s'agit d'albuminurie chez les aliénés indemnes de tout autre affection ; mais ce phénomène est tellement banal, qu'il est difficile de lui attribuer une signification vraiment typique.

Il est un trouble plus profond signalé surtout par les observateurs anglais. C'est le diabète, ou plutôt la glycosurie. Le diabète proprement dit, avec polyurie, est rare chez les aliénés ; la glycosurie l'est moins, et c'est là un trouble qui se rattache directement aux modifications que présente l'encéphale et peut-être le bulbe rachidien.

Un dernier fait, l'oxalurie, a été signalé chez certains malades par Lindsay.

Il est une fonction qui, dans l'ordre physiologique, se rattache de la manière la plus intime à la sécrétion urinaire : je veux parler de la sécrétion sudorale. Dans l'état normal, il existe une sorte de balancement régulier entre les deux fonctions ; il n'en est pas de même chez les aliénés. La sécrétion de la sueur semble participer au mauvais état des fonctions de la vie végétative. Les malades n'urinent pas, ils transpirent moins encore, et c'est chez eux surtout que l'on constate cet état de la peau, cette sécheresse, qui

résulte de la suppression de la transpiration cutanée. Chez certains individus, on voit au contraire se produire le phénomène inverse : les aliénés en état d'exaltation sont souvent inondés d'une sueur profuse.

Chez d'autres sujets, ce sont les glandes sébacées dont l'activité fonctionnelle est poussée à l'extrême ; il en résulte une véritable séborrhée, à laquelle il faut peut-être rattacher cette odeur particulière que présentent les aliénés et qui ne saurait être niée par un clinicien vraiment observateur. Il vous suffira de vous promener dans les salles de réunion de notre clinique pour vous convaincre de la vérité de ce fait. Cette odeur ne dépend pas du défaut de propreté des malades : ce n'est point l'odeur si fréquente dans les quartiers de gâteux, ce n'est point non plus l'odeur infecte que l'on rencontre dans une caserne ; ce n'est point ce parfum peu agréable qui s'exhale de toute réunion nombreuse d'individus malpropres. C'est une odeur spéciale, et ce n'est guère qu'à la sécrétion sudorale ou sébacée qu'elle peut être attribuée.

Je passe à une autre fonction, dont les relations intimes avec le système nerveux central ont été depuis longtemps démontrées : je veux parler de la sécrétion salivaire. Celle-ci subit chez les aliénés des modifications notables en rapport avec les troubles de l'innervation glandulaire ; elle subit des modifications dans sa quantité et dans sa composition chimique. Chez les mélancoliques, la sécrétion salivaire diminue comme toutes les autres, comme celle de l'urine, comme celle de la sueur. La bouche est sèche, la langue est dure, les lèvres sont parcheminées, l'individu ne crache pas. Un phénomène inverse se produit chez les maniaques ; ici la salivation est incessante. La salive offre-t-elle chez ces malades des caractères spéciaux ? Sous ce rapport il faut dis-

tinguer deux variétés. Dans ses mémorables expériences sur les glandes salivaires, Cl. Bernard avait démontré l'existence de deux sortes de salives. Tantôt la salivation est provoquée par l'excitation des nerfs moteurs de la glande ; si vous électrisez ces nerfs, vous voyez s'écouler une quantité considérable de salive riche en véhicule aqueux. Lorsqu'on agit au contraire sur le grand sympathique, la salive devient filante et visqueuse : c'est une modification complète de la sécrétion qui correspond à un ralentissement de la circulation.

Nous rencontrons ces deux phénomènes chez les maniaques. Tantôt la salive est très-liquide et très-abondante ; tantôt, au contraire, on voit apparaître, en quantité également considérable, une salive épaisse, qui semble avoir de la peine à se détacher, c'est la salivation par le grand sympathique.

Ces troubles de la sécrétion salivaire se présentent quelquefois d'une manière périodique ; c'est ce qui se passe chez un des malades que nous avons en ce moment dans le service, et qui se trouve dans la période d'excitation d'une folie circulaire. Chez lui la salivation coïncide avec une sueur profuse ; il y a là une excitation spéciale du système nerveux agissant sur certaines glandes.

Quelquefois on rencontre chez les aliénés un véritable ptyalisme, un crachotement perpétuel qui se rattache à un état permanent.

Il me reste à vous dire quelques mots sur d'autres sécrétions. La production du suc gastrique se modifie chez les aliénés ; chez les mélancoliques, elle est plus ou moins complétement supprimée, et c'est l'une des causes de cette sitophobie, de cette horreur des aliments, qui se manifeste souvent chez eux dans la période dépressive. Chez d'autres,

la sécrétion est au contraire exagérée, comme on le voit chez les déments, chez les maniaques.

Ce qui paraît surtout diminuer chez les aliénés, c'est la sécrétion du suc intestinal; cela peut expliquer, dans une certaine mesure, la fréquence de la constipation chez les fous, et plus spécialement chez les mélancoliques.

Il est utile de remarquer que chez beaucoup d'individus, la voracité qui les caractérise coïncide avec une maigreur extrême. Ce sont donc des malades qui ont une exaltation des fonctions de l'estomac, mais chez qui l'assimilation est imparfaite.

D'autres sécrétions peuvent subir des modifications. Chez beaucoup de mélancoliques, on voit se tarir complétement la source des larmes. Un malade, cité par Guislain, disait: « Je ne puis plus pleurer, mes yeux sont aussi secs que mon cœur. »

Il est des sécrétions qui se rattachent à des faits d'un ordre spécial : je veux parler de celles de l'appareil génital. La sécrétion du sperme est modifiée chez les aliénés au début de la folie. Chez les maniaques, chez les paralytiques, elle s'exagère ainsi que les désirs génitaux ; à ce moment les malades se livrent à des excès de toute espèce; mais d'une manière habituelle cette période d'excitation ne dure pas longtemps; chez les vrais aliénés les fonctions génitales semblent abolies, et ils n'éprouvent aucune impulsion de ce genre.

Chez les femmes, la fonction de l'ovulation est également troublée, mais on pourrait dire que les phénomènes éprouvent à cet égard une marche inverse. Au début de la folie, quelle que soit sa forme, la menstruation est supprimée, et je parle ici de la folie proprement dite, de celle qui survient sous l'influence de causes morales ou cérébrales. L'ovulation

s'arrête, et c'est par là que commence l'évolution des phénomènes. Plus tard, à la période terminale, on voit habituellement la menstruation se rétablir par deux ordres de causes différentes : chez les unes parce que la santé elle-même devient meilleure ; chez les autres, parce que l'accoutumance s'est établie, et que l'organisme a repris le cours de ses fonctions pour ce qui touche à la vie végétative.

Au milieu de ces troubles divers que présentent les sécrétions, on doit s'attendre à des modifications profondes dans l'état de l'enveloppe cutanée. Elles font partie de cet habitus extérieur en rapport avec les troubles de la nutrition qui caractérisent si souvent la folie.

Et d'abord la peau, chez les aliénés, offre une tendance à l'atrophie ; elle est diminuée dans son fonctionnement, la transpiration sudorale tend à se tarir, et, par suite, l'épiderme devient sec et fendillé.

Les annexes du système cutané subissent l'influence de cet état : les ongles deviennent fragiles, se déchirent, se fendillent ; chez un grand nombre d'aliénés, on voit se produire l'atrophie du système pileux ; les cheveux deviennent secs, cassants, rares ; chez beaucoup il se développe une calvitie précoce. Ces troubles peuvent également porter sur la coloration des poils. Rien n'est plus fréquent que de voir blanchir les cheveux à la suite d'un accès d'aliénation mentale. Quelquefois les cheveux blanchissent et reprennent alternativement leur coloration normale. Stievens a rapporté l'histoire d'un maniaque intermittent, dont la folie offrait un caractère périodique : les cheveux, chez cet homme, passaient d'un blanc d'argent à un noir assez prononcé. C'est là un fait assez singulier et qui peut rencontrer quelque incrédulité. Pourtant, dans l'ordre pathologique, les faits de ce genre ne sont pas absolument

inconnus. Dans la maladie d'Addison, dans la mélanodermie liée à une altération des capsules surrénales, on voit se développer une pigmentation de la peau et du système pileux, et l'on a vu des cheveux blancs redevenir noirs par suite de cette pigmentation générale.

Les aliénés présentent souvent un état analogue. La mélanodermie peut se rencontrer dans un grand nombre de maladies. Il y a chez les tuberculeux une coloration particulière qui paraît coexister avec l'absence d'hématose. Les phthisiques respirent mal; l'oxydation du sang se fait mal chez eux, et il se dépose dans la peau du pigment et du carbone non consommé. De même les mélancoliques noircissent par la raison qu'ils ne brûlent pas leur carbone. Aussi voit-on souvent la couleur normale revenir chez ces sujets lorsqu'ils marchent vers la guérison.

Des altérations plus profondes peuvent se développer dans d'autres tissus. On rencontre des lésions très-prononcées du système osseux et du système cartilagineux. C'est à ce dernier ordre d'idées qu'il faut sans doute rattacher quelques phénomènes très-remarquables comme les hématomes de l'oreille et d'autres régions; ces lésions se rencontrent surtout dans la paralysie générale. Je désire attirer principalement votre attention sur les altérations des os.

On sait depuis longtemps que les aliénés, certains d'entre eux du moins, sont très-exposés aux fractures de tous genres. Rien n'est plus facile que de leur casser les côtes. On a souvent accusé la camisole de force et les gardiens, mais ces fractures tiennent en grande partie au mauvais état de la nutrition.

On rencontre aussi chez les aliénés l'ostéo-malacie. Un travail sur cette question a été présenté en 1879 par M. Ringrose Atkins au congrès de l'Association médicale

britannique, à Cork. Cette question a été étudiée en Allemagne et en Angleterre par divers observateurs, Gudden, Merser, etc. Au point de vue macroscopique, les os deviennent mous, fragiles, faciles à couper; ils tendent à prendre une teinte grisâtre particulière. Cet état paraît coïncider avec une augmentation véritable de leur système vasculaire.

Lorsqu'on étudie au microscope ces altérations, on constate une tendance à la disparition des éléments caractéristiques du système osseux, qui sont remplacés par de la graisse. C'est donc une dégénérescence graisseuse du squelette en même temps qu'une diminution de la quantité des sels calcaires. Ce sont là des phénomènes qui existent également dans l'ostéo-malacie ordinaire, par exemple dans celle qui peut se montrer chez les femmes dans l'état puerpéral.

Cette dégénérescence graisseuse se rencontre ailleurs; on la retrouve dans les vaisseaux dont les parois sont altérées et c'est là l'une des causes du purpura et des taches ecchymotiques qui sont si fréquentes chez certains aliénés. Je me contenterai de vous rappeler l'observation d'un malade chez qui le purpura était tellement général, que, vu de loin, c'était un homme bleu.

Il me reste à vous signaler quelques autres troubles fonctionnels. L'état du pouls, les troubles circulatoires, que je vous ai déjà signalés, semblent se rattacher à une modification de la circulation capillaire et à la stase veineuse. Les troubles dont je veux vous parler ici se rapportent plutôt à des altérations artérielles.

Leuret et Mitivié ont publié un traité sur l'état du pouls chez les aliénés. Ils l'ont étudié surtout au point de vue du rhythme et de la fréquence, mais ces phénomènes sont relégués au second plan par les données que nous fournit

la sphygmographie. Quelques données principales se détachent des nombreux tracés publiés à cet égard. Wolff a formulé à la suite de ses recherches des conclusions qui peuvent se traduire ainsi. En premier lieu, à l'état pathologique normal pour ainsi dire, il existe un rapport entre la courbe des températures et les oscillations du pouls ; le tracé sphygmographique présente des différences de niveau en rapport avec l'élévation ou l'abaissement de la température. La caractéristique des aliénés, c'est la perte de ce parallélisme entre les battements des vaisseaux, d'une part, et les fonctions de calorification, d'autre part. C'est là un fait qui témoigne d'un trouble profond dans la synergie des fonctions.

En second lieu, dans les cas graves, le dicrotisme accompagné de la lenteur du pouls a été observé bien des fois chez des sujets sains d'esprit, mais frappés d'une altération profonde du système nerveux central. On le rencontre également chez des aliénés présentant des formes graves et qui ne doivent pas guérir. Lorsque vous trouverez chez nos malades un pouls lent et dicrote, l'individu aura toute chance de marcher vers la démence.

A côté des altérations du pouls se placent les variations de la température. La folie, disait Esquirol, est une affection sans fièvre ; ainsi nous devons nous attendre à ne pas rencontrer ces variations thermométriques qui accompagnent d'ordinaire les affections aiguës. Quand elle produit des modifications de température, c'est le plus souvent dans le sens de l'abaissement. Chez les mélancoliques, le thermomètre placé dans le rectum peut facilement descendre jusqu'à 35 degrés; mais ce qui paraît plus étrange, c'est qu'un phénomène analogue se produit quelquefois chez des agités.

Chez les malades de cette espèce on constate longtemps avant la terminaison fatale des phénomènes de collapsus qui ne sont indiqués que par des abaissements de la température, qui peut descendre à 30, 28, 25 degrés. On cite même un cas dans lequel le thermomètre serait tombé au chiffre de 23 degrés centigrades, quelque temps avant la mort.

Ce qui paraît se dégager de l'étude de ces observations, c'est qu'un abaissement notable de température peut précéder d'un temps assez long la crise finale qui doit se terminer d'une façon défavorable.

Cependant, on voit quelquefois la température monter on la voit surtout se développer chez les individus frappés d'une constipation opiniâtre, chez ceux dont la sécrétion urinaire est ralentie. On voit, enfin, cette élévation se manifester chez les individus qui ont subi une excitation physique ou morale, et, dans ce cas, le thermomètre a pu s'élever jusqu'à 40 degrés.

Si l'état de la température centrale fournit des renseignements intéressants, le fait est encore plus frappant lorsqu'il s'agit de températures locales. Sous ce rapport des recherches plus complètes et plus précises ont été faites dans ces temps derniers. On sait actuellement qu'il existe dans beaucoup de formes d'aliénation mentale des différences très notables de température entre les parties supérieures et les parties inférieures du corps, entre l'une et l'autre moitié. On constate souvent, chez les maniaques, chez les agités, des différences qui peuvent aller à 1 degré et au delà. Ces modifications sont habituellement en rapport avec un trouble de température locale en sens inverse du côté de l'encéphale. C'est le système des impressions croisées. Une excitation faradique, portée sur un côté de l'encéphale, développe une augmentation de température

du côté opposé du corps. Au contraire, une excitation légère et longtemps prolongée amène un abaissement de température du côté opposé.

Peut-être trouverons-nous dans les faits de ce genre l'explication de ces modifications de température qui se présentent chez les fous.

Après vous avoir parlé des phénomènes de nutrition, je voudrais vous dire quelques mots de la pathologie des aliénés. On a répété avec raison que ces malades sont placés en quelque sorte en dehors de la loi commune. On les voit résister d'une manière incroyable au froid et à la faim; ils peuvent s'agiter indéfiniment, se priver de sommeil lorsqu'ils sont jeunes, sans que leur résistance organique diminue. On les voit subir facilement les opérations les plus graves; les blessures les plus profondes se cicatrisent chez eux avec facilité. Mais, comme l'a fait remarquer Esquirol, ces faits sont rares, ils sont exceptionnels; quelques individus ont pu frapper, par une résistance extraordinaire, l'imagination des observateurs, mais la plupart sont des hommes comme les autres; le froid conserve sur eux toute son influence, ils se fatiguent par le mouvement et ils subissent physiquement toutes les conséquences des mauvais traitements.

Puisque la pathologie ne perd pas chez eux son empire, quelle est la mortalité des aliénés? Quelles sont les causes diverses auxquelles ils peuvent succomber? Leur mortalité, prise dans l'ensemble, est assurément plus grande que chez les individus ordinaires, et les compagnies d'assurances sur la vie le savent bien; c'est là, pour elles, une cause d'exclusion absolue. Il est incontestable que les fous vivent moins longtemps que les hommes sains d'esprit, et cela en dehors de toute tentative de suicide.

Mais il faut à certains égards établir des catégories. Si l'on en croyait certains auteurs, la différence serait formidable, et si vous consultez d'autres statistiques, les résultats sont complètement opposés. C'est que l'on a voulu réunir des choses qui ne se ressemblent en rien. Il faut d'abord éliminer les paralytiques généraux; en effet, ce sont des sujets atteints d'une maladie organique de l'encéphale qui aboutit presque fatalement à la mort dans un temps déterminé. Il faut également éliminer les déments atteints d'une altération de l'encéphale, le ramollissement par exemple. On comprend que dans de telles conditions les murs lézardés peuvent céder au moindre choc, et entraîner l'effondrement de l'édifice.

Après avoir écarté tous les individus atteints d'une affection matérielle, il nous reste les véritables vésaniques, et ces derniers ont des chances de vivre presque égales à celles des autres hommes, lorsque le suicide n'intervient pas.

Il est enfin une distinction très importante à établir. La mortalité est plus grande dans la période active de la folie; elle diminue dans la période d'état.

Mais si les aliénés meurent par l'effet de leurs maladies, quelles sont les causes occasionnelles de la mort? Ils peuvent succomber à toute espèce de maladie intercurrente. Il semble naturel de supposer qu'ils doivent mourir surtout par le cerveau; cependant ce n'est point par là qu'ils périssent le plus souvent; on voit beaucoup de ces sujets succomber à des trouble strophiques, lorsque des phénomènes de gangrène partielle viennent les atteindre; mais il est un appareil qui a surtout le privilège de causer plus spécialement la mort chez les aliénés, c'est l'appareil de la respiration.

L'une des causes les plus fréquentes de la mort, c'est la

pneumonie à forme congestive. A côté de la pneumonie il faut citer la gangrène pulmonaire, dont M. Foville a signalé la grande fréquence chez les aliénés.

Enfin, la phthisie pulmonaire vient souvent terminer la scène, comme elle le fait si volontiers dans toutes les maladies des centres nerveux.

Messieurs, dans cette description générale, j'ai forcément laissé de nombreuses lacunes ; je tenterai de les combler lorsque plus tard nous étudierons en détail les principales formes des maladies mentales.

SEPTIÈME LEÇON

DES LÉSIONS ANATOMIQUES DE LA FOLIE.

SOMMAIRE. — La folie est-elle accompagnée par des lésions anatomiques ? — Objections adressées à cette manière de voir. — Etat actuel de nos connaissances. — Les altérations grossières de l'encéphale ne produisent guère la folie. — Il faut chercher des lésions plus délicates. — Folie aiguë. — Le cerveau paraît sain dans beaucoup de cas. — Lésions positives ; hypérémie, anémie, épanchements séreux, ramollissements, hémorrhagies. — Folie chronique : elle offre des lésions plus caractérisées. — Atrophie apparente de l'encéphale. — Altérations vasculaires. — Observations. — Athérome artériel. — Lésions diverses des vaisseaux capillaires. — Hypertrophie, atrophie, sclérose cérébrale. — Cellules idiotes. — Œdème cérébral. — Altérations de la pie-mère, de l'arachnoïde et de la dure-mère. — Vices de conformation du crâne. — Résultats de l'analyse chimique. — Discussion des objections précédemment énumérées. — Conclusions.

MESSIEURS,

Lorsque, dans mes leçons précédentes, je vous traçais le tableau de l'état physique des aliénés, j'avais surtout pour but de vous prouver que, semblable aux autres maladies, l'aliénation mentale repose, elle aussi, sur une base franchement et nettement matérielle ; et que loin de constituer un trouble purement psychologique, elle est l'expression directe d'une profonde altération des fonctions de l'organisme.

Il nous faut maintenant aller jusqu'au bout ; il faut résolûment nous placer en face du grand problème et nous poser la question qui domine tout l'avenir de la psychiatrie.

La folie est-elle accompagnée, je ne dirai point caractérisée, par des lésions anatomiques? Est-il permis d'entrevoir, dans un avenir plus ou moins éloigné, l'époque où l'on pourra rattacher les oscillations morbides de la pensée à certaines modifications spéciales des centres nerveux? ou bien, renonçant pour toujours à cet espoir, faut-il nous résigner à considérer la folie comme une simple névrose et éliminer du cadre des maladies mentales toutes les affections dans lesquelles le délire semble reconnaître comme point de départ une cause purement matérielle?

A cette question, nos grands prédécesseurs de l'école française avaient répondu catégoriquement par la négative. Il y a quarante ans, en effet, on admettait presque invariablement, en France et à l'étranger, que la folie proprement dite était une maladie sans lésions, et que les altérations parfois rencontrées dans le cerveau des aliénés, lorsqu'elles se rattachaient à une maladie mentale, en étaient non la cause, mais la conséquence. Le retentissement de ces opinions se faisait naturellement sentir chez les hommes étrangers à l'étude des sciences médicales, et nous voyons en 1838, lors de la célèbre discussion de la loi sur les aliénés, un pair de France, M. le vicomte du Bouchage, déclarer que les progrès de la folie sont un effet du scepticisme moderne et de l'affaiblissement des croyances religieuses. Heinroth lui-même, le grand orthodoxe, n'aurait pas mieux dit.

Une tendance tout opposée prédomine aujourd'hui, et l'on met un tel empressement à découvrir des lésions, que parfois on en crée pour les besoins de la cause.

On pourrait, sous ce rapport, diviser en trois grandes classes les observateurs les plus éminents qui se sont occupés de pathologie mentale.

Nous rangerons dans la première ceux qui ne désirent

point trouver de lésions et qui sont presque gênés quand ils en rencontrent.

Dans la seconde, nous placerons la plupart des modernes, qui désirent vivement trouver des lésions et sont gênés quand ils n'en rencontrent pas.

Dans la troisième enfin, il faut ranger ceux qui, sans tenir compte de leur prédilections, se laissent guider par les faits.

Or, les faits, il faut bien le dire, semblent ici donner raison à tout le monde, aussi bien à ceux qui affirment qu'à ceux qui nient l'existence de lésions matérielles dans la folie. Sans doute, il faut bien tenir compte de l'imperfection des méthodes et de l'insuffisance de nos moyens d'examen. Mais ce qui est encore plus important que les faits eux-mêmes, c'est la manière de les interpréter, qui diffère absolument selon l'école à laquelle appartiennent les observateurs.

Entrons donc dans cette discussion et voyons quels sont les principaux arguments invoqués par ceux qui veulent conserver à la folie le caractère d'une névrose pure. On peut les réduire à quatre objections fondamentales.

I. Les lésions anatomiques observées chez certains aliénés se rencontrent aussi, nous dit-on, chez les gens sains d'esprit.

II. Tous les auteurs ont rapporté des cas de folie confirmée où point de lésions n'ont été rencontrées à l'autopsie (1).

(1) L'un des faits qui ont exercé sous ce rapport la plus grande influence sur l'esprit des contemporains, est celui que rapporte Esquirol : une maniaque, en pleine crise d'agitation, est tuée par une de ses compagnes. L'autopsie, pratiquée dans des conditions où l'on semblait devoir surprendre la nature sur le fait, ne révéla dans l'encéphale aucune lésion appréciable.

III. Il existe des lésions vraiment caractéristiques, mais seulement dans les cas où la folie est compliquée de paralysie ou d'autres troubles du mouvement.

IV. Les lésions anatomiques, lorsqu'elles existent, doivent être considérées, non comme les causes, mais comme les conséquences de la maladie.

Avant de discuter ces arguments, dont je ne saurais méconnaître la valeur, je veux dresser le catalogue de nos connaissances et préciser la somme des données positives que nous possédons à cet égard ; et peut-être reconnaîtrons-nous que nous n'étions pas aussi pauvres que nous l'avions pensé. C'est ainsi qu'un grand seigneur ruiné, qui fait l'inventaire de ses biens, se trouve quelquefois plus riche qu'il ne l'avait supposé.

Il est bien entendu que la paralysie générale, l'idiotie et les déformations congénitales du cerveau doivent être absolument laissées de côté. C'est à la vésanie pure que nous avons exclusivement affaire.

Constatons, avant tout, que les lésions grossières de l'encéphale ne produisent que bien rarement la folie. Les tumeurs, les hydatides, les abcès, les anévrysmes de calibre, les fortes hémorrhagies, les ramollissements étendus produisent quelquefois des troubles intellectuels, mais ne deviennent guère la cause d'une véritable aberration mentale.

Dans un travail que j'ai publié il y a quelques années, avec M. Krishaber, sur la symptomatologie des tumeurs cérébrales (1), j'avais réuni deux cent soixante-quatorze cas de tumeurs et abcès des hémisphères, et, dans ce nom-

(1) Ball et Krishaber, CERVEAU (Tumeurs du), in *Dict. encycl. des sc. médicales*.

bre si considérable de faits, je n'ai rencontré que six cas de folie (1/55), mais il existait des troubles intellectuels dans quatre-vingt-cinq cas (1/3).

Du reste, il y a longtemps que Griesinger, signalant la différence entre les lésions à foyers et les lésions diffuses de l'encéphale, avait remarqué que ce sont surtout ces dernières qui engendrent l'aliénation mentale; et les observations si célèbres d'Abercrombie et de M. le professeur Richet, dans lesquelles un hémisphère tout entier (tantôt le droit, tantôt le gauche) avait pu être détruit sans qu'il se fût manifesté aucun trouble de l'intelligence, ont démontré que l'on peut penser avec une moitié de cerveau quand une fois on en a pris l'habitude. Des faits nombreux sont venus depuis lors confirmer cette manière de voir.

C'est donc à des lésions plus délicates, plus subtiles, et par cela même plus difficiles à trouver, que se rattachent probablement de ces troubles profonds des facultés intellectuelles qui constituent l'objet de nos études en médecine mentale.

Ces prémisses une fois posées, entrons en matière.

Une distinction indispensable s'impose à tout observateur qui veut étudier l'ensemble des faits que nous connaissons aujourd'hui. Il faut séparer la folie aiguë de la folie chronique. La première est un orage qui éclate avec violence, et peut déterminer la mort avant que les organes aient gardé l'empreinte de son passage. La seconde, au contraire, a eu, pour ainsi dire, le temps d'y apposer sa signature, et l'on doit s'attendre à en retrouver les marques. En effet, dans la folie aiguë, les autopsies sont bien plus rares et en même temps infiniment moins satisfaisantes que dans les cas chroniques.

Il faut l'avouer franchement : dans un grand nombre de cas de vésanie aiguë, *le cerveau paraît absolument sain* à l'autopsie. Ces faits négatifs, qui font le désespoir de certains aliénistes, sont pour le moins aussi intéressants que les faits positifs. Ils établissent un rapport intime entre la folie d'une part, et d'autre part l'épilepsie, la chorée, l'hystérie, la paralysie agitante et toutes ces grandes névroses où la motilité, la sensibilité et l'intelligence sont lésées tour à tour ou simultanément, sans qu'il existe aucune lésion matérielle appréciable des centres nerveux.

Mais il existe des lésions positives dans beaucoup de cas. Nous allons en dresser rapidement la liste.

Les troubles de la circulation occupent la première place. Quelquefois on observe de l'anémie. La substance cérébrale et spinale est exsangue et les vaisseaux sont plus ou moins complètement vides de sang. Mais, dans la grande majorité des cas, c'est le contraire qui a lieu, c'est l'hypérémie qui prédomine ; elle a pour siége de prédilection la pie-mère et la substance corticale sous-jacente. Les capillaires veineux surtout sont gorgés de sang et il existe une couleur rouge de la substance corticale, occupant des îlots disséminés. Tout récemment, chez un mélancolique, qui a succombé dans le service à une pneumonie congestive, je vous montrais, à la surface des deux hémisphères, cet état congestif qui ressemble, au premier abord, à une ecchymose sous-méningée. On rencontre parfois des apparences analogues dans le rhumatisme cérébral.

A côté des hypérémies et des stases sanguines, il faut placer les effusions séreuses, qui jouent un rôle important en pathologie mentale, soit qu'il existe un véritable épanchement liquide, soit que l'on ait affaire à un œdème du cerveau.

Mais il est des lésions plus profondes encore. Quelquefois, au niveau de l'hypérémie, il existe un ramollissement partiel plus ou moins limité. Quelquefois enfin, dans des cas de mort rapide avec obscurcissement de l'intelligence, on rencontre des ramollissements profonds et étendus dont le trouble intellectuel a été l'unique expression. Je rapprocherai de ces cas un fait que je viens d'observer à l'hôpital Laennec, et dans lequel, chez un épileptique, mort en état de mal, on a trouvé un ramollissement complet du lobe occipital gauche (1).

Les *hémorrhagies* jouent également un rôle dans la folie aiguë, mais ce sont essentiellement de petites hémorrhagies, les unes méningées, les autres corticales, les unes anciennes, les autres tout à fait récentes.

Occupons-nous à présent des lésions beaucoup plus importantes et bien mieux caractérisées de la folie chronique.

Un fait qui domine tous les autres, c'est que bien souvent cette maladie laisse son empreinte sur la forme extérieure, sur l'apparence générale du cerveau ; une atrophie de certaines régions, un aplatissement des circonvolutions cérébrales, surtout à la partie antérieure, se rencontrent très souvent dans les cerveaux des vieux aliénés, qui présentent aussi quelquefois des lacunes, des pertes de substance, quelquefois remplies d'un liquide trouble. C'est sans doute à cet état de choses que Parchappe faisait allusion, lorsqu'il disait qu'au premier coup d'œil on doit distinguer le cerveau d'un aliéné du cerveau d'un homme sain. Mais cette

(1) Cette observation a été publiée par M. Geffrier dans la *France médicale*, 1880, n° 57.

manière de voir est surtout exacte quand il s'agit de la démence terminale.

Nous allons maintenant, pénétrant dans l'étude des détails, vous montrer des altérations plus nettes, plus précises et plus caractéristiques encore que celles dont nous vous avons parlé.

De toutes les lésions qui peuvent se rencontrer dans la folie chronique, ce sont incontestablement les altérations vasculaires qui tiennent le premier rang ; ce sont surtout des lésions de ce genre qu'on peut s'attendre à trouver dans les grandes formes de la vésanie chronique, la manie et la mélancolie, ou pour mieux dire l'excitation et la dépression. Permettez-nous de vous rapporter à cet égard deux observations avec autopsie dont les détails nous ont été fournis par un excellent observateur, M. le docteur Luys.

Nous commencerons par celle où il s'agit d'un délire avec excitation.

Une femme âgée de soixante-deux ans, depuis longtemps admise à la Salpêtrière, avait eu autrefois des hallucinations accompagnées d'un délire maniaque. Mais, dans les derniers temps de la vie, elle était calme; elle se promenait dans les cours, s'occupait de couture et paraissait mener une existence raisonnable.

Le tableau changeait dès qu'on lui adressait la parole. On apprenait bientôt qu'elle était *reine*, qu'elle commandait à la Salpêtrière, qu'elle recevait les visites des personnages les plus haut placés, qu'elle possédait une immense fortune et qu'elle était entourée de tous les égards dus à son rang. Aucun embarras de la parole ne venait donner à ce délire partiel le cachet de la paralysie générale. Sur les sujets étrangers à ses rêveries ambitieuses, elle s'exprimait correctement et ne paraissait point offrir de conceptions délirantes.

Elle mourut subitement et l'autopsie fut pratiquée par M. Luys. La substance corticale offrait une coloration brunâtre diffuse, immédiatement au-dessous des méninges. Les zones profondes étaient très rouges et présentaient une striation vasculaire très serrée. Ces altérations siégeaient surtout à la partie antérieure du cerveau. La substance blanche était très notablement hypérémiée. Enfin les cellules cérébrales, très apparentes dans les zones vascularisées, étaient pigmentées d'une façon très remarquable.

Il existait, en résumé, chez cette malade, des varices capillaires avec pigmentation des couches superficielles de la substance cérébrale. C'était là bien évidemment l'explication de son délire.

On rencontre un état analogue chez beaucoup de vieux aliénés, et vous ne serez point étonnés d'apprendre que ces conditions coïncident souvent avec des foyers hémorrhagiques très peu étendus. Ce sont là les hémorrhagies cérébrales des aliénés; le premier terme du processus morbide est la congestion; vient ensuite la dilatation variqueuse des vaisseaux, et la pigmentation des cellules cérébrales ; enfin de petites ruptures peuvent se produire et il en résulte des hémorrhagies peu étendues, qui n'amènent aucun trouble bien manifeste de la motilité. Quelquefois cependant ces hémorrhagies sont plus abondantes; elles peuvent alors déterminer des paralysies partielles, des hémiplégies, et même la mort du malade.

Je vais maintenant, par opposition, vous présenter le tableau des lésions dans un cas bien différent, dans lequel le sujet présentait une lypémanie des plus accentuées. Vous avez tous sans doute entendu parler du dormeur de Bicêtre, dont l'observation a été rapportée dans tous ses détails par M. le docteur Legrand du Saulle. Ce dormeur n'était en

réalité qu'un lypémaniaque des plus accentués, dont voici l'histoire en peu de mots :

Cet homme, âgé de trente-deux ans, était Italien de naissance. Depuis sept à huit ans il était garçon de magasin dans le même établissement. C'était un excellent employé, il se faisait remarquer par sa probité et sa sobriété ; il était, dit-on, d'une continence absolue. Il offrait cependant les défauts de ses qualités : il était avare, timide et taciturne à l'excès. Cependant rien dans ses actions ne dénotait un trouble intellectuel.

Au mois de juin 1868, son caractère parut changer. Il devint préoccupé, bizarre : tourmenté par des scrupules exagérés, il se privait de nourriture, fréquentait avec zèle les églises, achetait des chapelets, des livres de prières, faisait des signes de croix, se mettait à genoux, s'accusait hautement de divers péchés. Au milieu de ses exercices de dévotion, il négligeait complètement son travail habituel.

Un matin il prend la fuite, en emportant 1 500 francs en or, fruit de ses économies. Il marche tout droit devant lui et, parvenu à la place de l'Etoile, lance ses 75 louis dans un tombereau d'ordures ; puis il se remet à marcher et à gémir : au milieu de la route de Neuilly, il se jette à genoux en sanglotant. Une voiture qui passait à ce moment le renverse et lui fait une fracture du péroné. Il reçoit les premiers soins dans le service de Dolbeau, mais on reconnaît bientôt qu'il s'agit d'un aliéné. Il est transporté à Bicêtre, dans le service de M. Legrand du Saulle. Il ne tarde pas à devenir l'objet des attentions religieuses de l'aumônier de service. Il se confesse et reçoit les derniers sacrements. A partir de ce moment, il se considère comme mort. Il ramène le drap sur sa tête, refuse de parler et ne veut prendre aucun aliment. On dut le nourrir avec la sonde œsopha-

gienne, ce qui permit de prolonger son existence, qu'une pneumonie vint terminer le 12 avril, après dix mois de maladie.

M. Luys fut appelé à pratiquer l'autopsie, qui révéla un état particulier de la substance corticale ; elle offrait dans son ensemble un aspect blanchâtre, elle était complétement décolorée. Il existait une atrophie irrégulière de quelques circonvolutions, mais le fait le plus caractéristique était l'anémie généralisée de la surface du cerveau, avec des îlots de vascularisation partielle, des paquets de capillaires distendus par le sang. Il semblerait avoir existé une crampe des vaisseaux.

Les cellules cérébrales étaient infiltrées de granulations jaunâtres hématiques. Les corps striés, les couches optiques, les pédoncules étaient blancs et décolorés.

Ainsi, dans cette seconde observation, l'anémie semble jouer le rôle principal. Privées de leur stimulant habituel, les cellules ganglionnaires ont subi un travail de régression, et le cerveau lui-même s'est atrophié. On ne saurait douter du rapport qui existait entre ces lésions et les symptômes si remarquables que le malade avait présentés pendant la vie.

Nous sommes loin de prétendre que l'excitation est toujours liée à une hyperémie cérébrale et la dépression à une anémie. Une conclusion semblable serait évidemment prématurée. Nous avons voulu seulement montrer par des exemples frappants que le délire des aliénés est souvent la conséquence d'un trouble évident de la circulation cérébrale et qu'il est possible d'en donner la preuve.

Des faits que nous venons de rapporter on peut rapprocher l'athéromasie artérielle si souvent rencontrée chez les aliénés ; Monge, le grand mathématicien, qui mourut mé-

lancolique, offrait, au dire de son ami Larrey, qui fit son autopsie, une ossification prononcée des artères cérébrales.

Des altérations moins grossières se rencontrent également dans les vaisseaux capillaires. Ils sont souvent atteints de dégénérescence graisseuse. Leur état variqueux, leurs tortuosités flexueuses ont été signalés par nombre d'observateurs. Sankey a rencontré dans leurs parois une hypertrophie de la tunique moyenne. Enfin on y rencontre des anévrysmes miliaires et des thromboses qui préparent soit l'hémorrhagie, soit le ramollissement cérébral.

Vous le voyez, messieurs, les troubles circulatoires jouent ici un rôle prépondérant. D'autres lésions peuvent cependant être signalées, elles sont plus permanentes et plus profondes, et c'est leur étude qui doit maintenant nous occuper.

La substance cérébrale peut offrir une hypertrophie apparente avec gonflement, avec effacement des cavités, avec aplatissement des circonvolutions. Souvent chez les sujets atteints de folie aiguë se terminant rapidement par la mort, cette altération se marie avec une hyperémie, avec un changement de coloration de la masse encéphalique.

Mais une altération bien plus fréquente, c'est l'atrophie. Elle peut porter sur la masse totale de l'encéphale; elle est le plus souvent limitée à des points déterminés, et plus spécialement à la surface du cerveau. Les circonvolutions sont quelquefois atrophiées dans leur ensemble; quelquefois elles sont atteintes d'un simple amincissement de la substance grise. Ces lésions, liées quelquefois au ramollissement, relèvent plus souvent de la sclérose cérébrale. Elles coïncident dans la plupart des cas avec un relâchement des connexions de la pie-mère avec la surface cérébrale. Cette membrane flotte comme un sac sur une circon-

volution atrophiée. Ces modifications locales, bien décrites par Griesinger, sont plus intéressantes que la diminution générale du poids et du volume de cerveau, sur laquelle Parchappe a surtout insisté.

Ces altérations, il faut bien le dire, appartiennent surtout à la démence, dans laquelle une profonde déchéance de l'encéphale a presque toujours eu le temps de se produire.

Au milieu de ce désastre, les cellules cérébrales ne jouissent d'aucune immunité particulière. On les trouve calcifiées, granuleuses, pigmentées, remplies de corpuscules amyloïdes. Ce sont des cellules idiotes, suivant une expression que nous empruntons à Maudsley, non sans en étendre quelque peu la signification primitive.

L'œdème cérébral se rencontre fréquemment à un léger degré dans les circonstances les plus diverses. On sait que M. Etoc-Demazy en a fait la lésion anatomique de la stupeur, mais rien ne justifie une attribution aussi précise.

Je passe sur les altérations des ventricules, du cervelet, et de quelques parties accessoires de l'encéphale, pour arriver à la pie-mère, dont les connexions avec la substance corticale sont tellement intimes, qu'en réalité il s'agit d'un seul et même organe.

Les altérations de la pie-mère sont surtout d'ordre vasculaire. On trouve souvent une hypérémie très-intense de cette membrane et de la substance corticale sous-jacente dans la manie exquise et le délire aigu. On voit alors une injection uniforme, très-fine, très-intense, avec des petites apoplexies, des ecchymoses sous-méningées. Il peut exister des adhérences comme dans la paralysie générale, mais ce qui est le plus fréquent, c'est de voir la substance corticale sous-jacente rouge comme dans l'érysipèle, suivant l'ex-

pression de Foville, ou bien marbrée, tachetée, striée, offrant çà et là des points plus foncés qui sont de petits épanchements sanguins. Enfin, quelquefois il existe de l'encéphalite, mais c'est là une exception et non la règle.

Il est des cas où l'on trouve un état de stase veineuse dans les vaisseaux de la pie-mère devenus variqueux. Ce sont les lésions habituelles du délire cardiaque; mais on les trouve dans d'autres cas de folie chronique. Dans la démence, au contraire, il existe de l'anémie, de la pâleur des méninges et de la substance corticale. Enfin, la pie-mère peut offrir de l'épaississement, des taches laiteuses et des adhérences chroniques. Mais ces lésions, il faut en convenir, sont un peu banales et n'ont aucun rapport direct avec l'aliénation mentale. L'arachnoïde est presque toujours malade, dans les cas de folie chronique. On la trouve opaque, épaissie, hypertrophiée, quelquefois séparée, quelquefois adhérente à la pie-mère ou à la dure-mère. Elle peut offrir des concrétions ossiformes; elle est souvent hypérémiée. Enfin, dans cette lésion connue sous le nom de *pachyméningite interne* dont la fréquence est bien connue chez les alcooliques, mais que Schrœder van der Kolk a décrite chez les aliénés ordinaires, on rencontre souvent des hémorrhagies méningées.

Quant à la dure-mère, elle présente souvent des adhérences avec le crâne, sur lesquelles Esquirol a beaucoup insisté. Elle peut offrir également des hematomes et des adhérences avec l'arachnoïde, mais ces lésions ne paraissent point mériter de retenir longtemps notre attention.

J'arrive maintenant à un point des plus importants; je veux parler des modifications de la forme et du volume du crâne chez les aliénés. Il ne peut évidemment s'agir ici que d'une prédisposition morbide, car on ne saurait admettre

qu'une mauvaise conformation du crâne suffit à elle seule pour produire la folie. D'abord on trouve chez nos malades, comme l'a très-judicieusement fait observer Bucknill, de fort belles têtes très-régulières et à contours bien développés. La forme extérieure ne laisse rien à désirer ici et ce n'est point un vice de conformation qui peut être considéré comme l'origine de la prédisposition morbide; mais chez une moitié environ des aliénés on rencontre des malformations diverses, qui bien certainement ne se rencontrent pas dans une aussi grande proportion chez les hommes sains d'esprit. Souvent le crâne est aplati de haut en bas. Il est raccourci par le retrait de l'écaille occipitale (disposition qui se rencontre à l'état normal chez quelques peuples et en particulier chez les Basques). Certains sujets ont le front fuyant, d'autres ont le sommet du crâne en forme de voûte, d'ogive. Enfin l'asymétrie joue un rôle considérable chez eux et l'inégalité des deux moitiés du crâne est quelquefois très-brutalement accentuée.

La volume de la tête mérite une attention spéciale. Règle générale, il est un peu moins considérable chez les aliénés que chez les hommes sains; mais ce principe comporte de nombreuses exceptions. Il faudrait, pour se faire une idée exacte de la question, réunir des documents statistiques que nous ne possédons pas encore en quantité suffisante. Mais il est certain que l'ossification prématurée des sutures entraînant une diminution de capacité crânienne, a été souvent observée, ainsi que l'épaississement du diploé. Enfin, Rokitansky a décrit des ostéophytes qui semblaient être le résultat d'un travail inflammatoire.

L. Meyer a signalé une déformation particulière de la face (*crania progenea*) comme étant très-fréquente chez les aliénés. Le menton fait une saillie en avant et les ar-

cades dentaires perdent leur coïncidence, ce qui tient au retrait du maxillaire supérieur. Cette disposition se rapporterait, selon cet observateur, à des malformations de la base du crâne, qui correspondent à des défauts analogues de la base du cerveau.

Pour terminer, signalons l'influence incontestable des traumatismes et celle des déformations artificielles du crâne signalée par Esquirol. On sait, en effet, que dans certaines régions du midi de la France la coutume de déformer les crânes des enfants s'est perpétuée depuis le temps des Gaulois, et l'on a cru devoir attribuer à cette cause la fréquence plus grande de l'aliénation mentale dans certaines régions. Mais il faut évidemment laisser ici une large part aux aptitudes de la race, car chez plusieurs tribus sauvages la déformation du crâne est pratiquée depuis longtemps avec une complète impunité.

Les progrès de la science donneront certainement un jour une importance capitale à la conformation et à la capacité du crâne chez les aliénés ; mais, dans l'état actuel de nos connaissances, on doit se borner à esquisser sommairement un programme. Il serait imprudent de vouloir aller plus loin.

Nous avons étudié, dans leur expression la plus générale, les lésions anatomiques si nombreuses et si variées que l'on rencontre chez les fous ; je n'ai point toutefois la prétention d'avoir épuisé le sujet et je me contenterai de vous rappeler que, sans parler des autres altérations qui peuvent se rencontrer dans le cerveau ou dans ses enveloppes, il peut exister ailleurs des lésions capables d'exercer une influence décisive sur la manifestation de l'aliénation mentale. La moelle épinière et les nerfs, les viscères thoraciques et abdominaux peuvent être le point de

départ, nous ne dirons point la cause d'une folie bien nettement caractérisée. C'est là une question que nous aurons l'occasion d'étudier plus tard. Mais si j'ai réussi à porter la conviction dans vos esprits, vous devez être aujourd'hui convaincus que la folie est loin d'être une maladie sans lésions, et que bien souvent elle coïncide avec des altérations anatomiques faciles à saisir et nettement caractérisées.

Nous aurions maintenant à vous signaler les données que fournit l'analyse chimique des centres nerveux, pratiquée comparativement chez l'homme sain et chez les sujets atteints d'aliénation mentale. Mais il faut bien le reconnaître, les résultats obtenus jusqu'à dans cette voie ne sont pas assez concordants pour offrir une importance réelle. On peut les résumer en quelques termes principaux : 1° la quantité d'eau que renferme l'encéphale paraît être plus considérable chez l'aliéné que chez l'homme sain ; 2° la proportion des matières grasses est plus faible chez l'aliéné ; 3° la quantité de phosphore que renferment les centres nerveux n'est nullement en rapport avec le degré de l'intelligence (1).

Il nous reste à discuter les objections dont je vous parlais au début de cette leçon, et qui tendraient à établir que l'aliénation mentale n'a rien à voir avec les altérations matérielles des centres nerveux.

I. Les lésions anatomiques, dit-on, dans lesquelles on a cherché à trouver les causes efficientes de la folie, peuvent aussi se rencontrer chez des sujets dont l'intelligence est restée parfaitement saine.

(1) Consulter le mémoire d'Addison, *Journal of Mental Science*, n° 57, 1866.

Nous sommes loin de contester le fait, mais il faut savoir l'interpréter. Sous l'influence d'une lésion déterminée, le cerveau ne réagit pas toujours de même ; d'énormes tumeurs, de vastes abcès peuvent séjourner longtemps dans les profondeurs de l'encéphale, sans révéler leur présence par aucun symptôme.

Il faut évidemment une prédisposition spéciale, ou tout au moins des conditions particulières dont l'hérédité est peut-être l'un des principaux facteurs, pour que le cerveau s'ébranle en présence de lésions qui resteraient ailleurs muettes. Au reste, ce n'est pas seulement en pathologie cérébrale que nous rencontrons cette contradiction apparente. Il est des malades qui, par suite d'une lésion pulmonaire peu étendue, éprouveront une dyspnée des plus intenses ; d'autres sujets, au contraire, supporteront des lésions beaucoup plus étendues sans manifester aucune gêne respiratoire. Certains sujets ont la fièvre avec une facilité extrême, d'autres s'y montrent absolument rebelles ; et le délire n'échappe point à cette inégalité pathologique, dont nous sommes obligés de tenir un si grand compte en clinique. Il est incontestable, en effet, que les maladies utérines provoquent chez certaines femmes des signes évidents d'aliénation mentale ; et pourtant le nombre de celles qui portent des altérations profondes de cet organe, sans aucun trouble des facultés intellectuelles, est infiniment plus grand. Il y a donc un facteur spécial qui nous échappe et qui joue cependant dans la genèse de ces accidents un rôle prépondérant.

Mais ce n'est pas tout. L'un des principes les mieux établis en pathologie nerveuse, et dont nous devons surtout la connaissance à M. le professeur Brown-Séquard, c'est que l'excitation d'un nerf ou d'un centre nerveux

produit des accidents bien plus graves que la paralysie ou la suppression de l'organe. Nous en trouvons un exemple familier dans l'action dite *sympathique* exercée par la lésion d'un œil sur son congénère. Les oculistes se voient souvent obligés d'énucléer un œil malade pour sauver l'œil sain. En pareil cas, la suppression totale de l'organe fait disparaître le danger. Ne peut-on pas admettre que dans l'ordre des faits cérébraux, un groupe de cellules mortes restera sans influence sur les autres parties de l'encéphale, tandis qu'une cellule mourante ou simplement malade jettera le désordre autour d'elle? Il semble, à certains égards, que lorsque la nature a pris son parti d'une perte qui lui est infligée, elle la supporte sans inquiétude. Voilà pourquoi peut-être des lésions de nature diverse et d'une importance considérable en apparence ont pu subsister pendant longtemps sans déterminer aucun trouble dans la formation des idées.

Enfin, n'oublions pas que le cerveau est double et que les deux hémisphères paraissent dans certains cas et dans une certaine mesure pouvoir se suppléer réciproquement.

II. Il est incontestable que dans un grand nombre de cas des autopsies fort bien faites ne révèlent aucune trace de lésions. Mais il ne faut point oublier que vingt-quatre heures après la mort les traces d'une manifestation morbide ont pu disparaître complètement. A l'extérieur du cadavre nous voyons pâlir rapidement la rougeur de l'érysipèle et se flétrir des éruptions très-apparentes pendant la vie.

Ne pourrait-on pas admettre que bien souvent une hypérémie des couches corticales ou de la pie-mère, source d'un délire très-accentué, a pu disparaître lorsqu'un temps considérable s'est écoulé après la mort? On a quelquefois pratiqué des autopsies presque immédiatement après le décès,

et l'on a pu reconnaître ainsi des altérations, que l'étude la plus minutieuse n'aurait certainement pas révélées vingt-quatre heures plus tard.

Mais en dehors de ces considérations qui peuvent avoir leur importance, il n'est pas douteux que des lésions parfaitement matérielles ne puissent fort bien se manifester sans aucune altération *visible*. Le curare paralyse les nerfs moteurs, et une analyse persévérante nous a montré le point précis où s'exerce son action ; nous savons aujourd'hui que c'est aux extrémités des nerfs périphériques qu'il faut la rapporter. Cependant, le microscope n'a révélé aucun changement de structure dans les éléments qui les composent, et c'est l'expérimentation physiologique qui, seule, nous a donné connaissance du fait. Il serait à désirer que pour l'étude des altérations cérébrales nous eussions des moyens d'analyse aussi délicats. Le microscope lui-même n'est qu'un instrument grossier, si nous le comparons aux résultats que peuvent nous fournir de tels procédés d'investigation.

N'oublions pas enfin que la folie paraît être chez beaucoup de sujets le résultat d'un vice de conformation cérébrale plutôt que l'expression directe d'une maladie brusquement survenue chez un homme sain. C'est en réalité un phénomène d'évolution. Déjà on semble admettre (Luys) que la prépondérance du cerveau droit sur le côté gauche est une prédisposition à la folie, et sans nous aventurer dans des affirmations qui sortent de nos habitudes, nous dirons simplement que c'est probablement dans cet ordre d'idées qu'il conviendrait le mieux de diriger nos recherches (1).

III. C'est, nous dit-on, dans les vésanies que compli-

(1) Depuis le commencement de l'année 1880, toutes les autopsies que nous avons pratiquées à la Clinique des maladies mentales ont confirmé (sauf dans un seul cas) la prépondérance de l'hémisphère droit.

quent des lésions du mouvement qu'on trouve des lésions anatomiques, et non pas ailleurs. Telle était l'opinion de Leuret, à laquelle paraissent se rallier plusieurs de nos aliénistes modernes. Cette proposition serait profondément vraie, si l'on ne voulait accepter que des lésions constamment en rapport avec les symptômes ; mais elle n'est point exacte si l'on admet, comme nous avons cherché à le démontrer, que dans les centres nerveux une seule et même lésion peut déterminer une multitude de symptômes divers et même n'en déterminer aucun. N'en est-il pas de même pour d'autres organes?

Rappelons-nous ce qui se passe souvent dans les asiles de vieillards. Un vieux pensionnaire tombe subitement mort au pied de son lit. Personne ne le croyait malade. L'autopsie nous révèle l'existence d'une pneumonie suppurée qui avait parcouru son évolution tout entière sans troubler en apparence les fonctions générales de l'économie. Or, l'encéphale possède, au plus haut degré, cette sorte de patience qui permet de souffrir sans se plaindre.

Les troubles du mouvement d'ailleurs ne se rattachent pas toujours à des lésions matérielles appréciables. Je me contenterai de rappeler l'exemple de la paralysie agitante, dont les caractères anatomiques sont encore à trouver.

IV. Les lésions anatomiques, nous dit-on, qu'on rencontre dans le cerveau des aliénés, sont la conséquence et non pas la cause des troubles intellectuels.

Il faut, messieurs, pour répondre à cette dernière objection, se demander ce que sont en effet les lésions anatomiques dans toute maladie. Il est des cas où nous ne pouvons les considérer que comme des *symptômes internes*, nés d'une cause générale et que nous verrions apparaître en même temps que les autres manifestations morbides, si les

organes étaient transparents. Les pustules de la variole et les lésions intestinales de la fièvre typhoïde sont l'expression générale d'une maladie spécifique qui a pénétré dans le sang. Mais les congestions passives, les œdèmes et les épanchements séreux qui caractérisent la dernière période d'une affection valvulaire du cœur reconnaissent bien évidemment pour cause une lésion anatomique qui les a précédés. Il en est probablement de même dans l'ordre des maladies mentales. Qu'une émotion morale violente détermine une perturbation profonde de l'innervation cérébrale et qu'il en résulte un accès de manie aiguë, nous admettrons volontiers que l'on puisse considérer l'hypérémie concomitante comme un *symptôme* intra-crânien. C'est une conséquence de l'ébranlement primitif, qui marche parallèlement aux désordres de l'intelligence et des fonctions organiques. Mais lorsque chez un vieillard en état de démence nous trouvons les circonvolutions aplaties et les cellules ganglionnaires atrophiées, il est bien permis de croire que l'absence d'idées est la conséquence de l'atrophie des organes qui sont destinés aux fonctions intellectuelles.

Messieurs, je m'arrête ici. Je ne songe nullement à vous faire un cours de pathologie générale ; mais j'ai voulu vous montrer que la folie tend à sortir définitivement du cadre des maladies sans lésions pour se ranger dans la grande famille des affections organiques des centres nerveux. Si la démonstration n'est pas encore complète, qui de nous songerait à s'en plaindre? C'est précisément sur les points où la science est encore indécise et où ses frontières ne sont pas nettement tracées, que l'avenir réserve une ample moisson de découvertes aux travailleurs de notre époque.

HUITIÈME LEÇON

DES FORMES DU DÉLIRE. — DE LA MÉLANCOLIE.

Sommaire. — Les formes du délire ne constituent pas des maladies à part. — Manie, mélancolie, démence. — Lypémanie.
Etat physique des mélancoliques. — Leur physionomie. — Leur attitude. — La voix. — Troubles de la motilité. — Paralysie des sphincters. — Etat de la sensibilité. — Céphalalgie. — Insomnie. — Sitophobie. — Amaigrissement. — Constipation. — Troubles digestifs. — Sécrétions. — Urines. — Transpiration cutanée. — Fonctions génitales. — Circulation. — Respiration. — Température.
Etat psychologique des mélancoliques. — Mélancolie avec conscience. — Tendance au suicide. — Mélancolie dépressive. — Mélancolie anxieuse. — Lésions anatomiques. — Traitement de la mélancolie.

Messieurs,

Les formes du délire, qui doivent nous occuper maintenant, ne sont pas, à nos yeux, des affections distinctes, des entités morbides occupant une place à part dans le cadre nosologique. *Manie, mélancolie, démence,* ce sont là, pour nous, des termes de pathologie générale ; ils correspondent à des conditions morbides de l'intelligence, qui peuvent reconnaître les origines les plus diverses et qui participent à l'expression symptomatique d'un grand nombre de maladies différentes. C'est ainsi que les mots *adynamie* et *ataxie*, dont l'usage nous est si familier, nous rappellent un ensemble de phénomènes qui peuvent se rencontrer dans la plupart des maladies fébriles, mais qui n'appartiennent en propre à aucune d'elles en particulier.

Mais, si le mot *adynamie* n'est pas l'équivalent de *fièvre typhoïde*, il se rapporte du moins à un état pathologique des plus nettement caractérisés, ayant ses symptômes propres et jusqu'à un certain point ses lésions.

Il en est de même de ces grandes perturbations qui peuvent affecter l'intelligence dans son ensemble et sur lesquelles nous allons maintenant appeler toute votre attention.

Messieurs, le mot *mélancolie* est aussi ancien que la médecine, et cependant il est loin d'offrir un sens net, précis et toujours identique à lui-même. Inspiré au début par les idées humorales, il a descendu le cours des siècles pour nous parvenir, non sans avoir subi de nombreuses transformations dans ce vaste espace de temps.

Pour faire cesser toute équivoque à cet égard, Esquirol propose de lui substituer le mot de *lypémanie*, qui semble offrir un sens plus précis. Rien de mieux jusqu'alors. Malheureusement Esquirol fait entrer la lypémanie dans le cadre des monomanies, qui constitue la partie la plus artificielle et la plus contestable de sa classification. Sans vouloir aborder pour le moment une discussion qu'il convient de réserver pour une époque ultérieure, je crois qu'on ne saurait admettre au nombre des délires partiels une perturbation aussi générale de l'intelligence. Je voudrais donc, bien qu'il ne m'appartienne pas de créer des néologismes, conserver le mot de *lypémanie* pour exprimer cet état psychologique de tristesse et de dépression morale qui peut se rencontrer dans un grand nombre d'affections diverses, et réserver le nom de *mélancolie* à cette perturbation remarquable de l'intelligence qui s'accompagne d'un état physique tellement caractérisé, qu'il suffirait à lui seul pour constituer un type à part.

Nous allons donc aborder la question par le côté physique : c'est là, croyons-nous, le meilleur moyen de faire cesser toute équivoque à cet égard.

Ce qui frappe avant tout l'observateur mis en présence d'un mélancolique, c'est l'expression de la physionomie. La contraction des traits, les rides de la figure indiquent une préoccupation constante ; le regard est fixe, les yeux baissés à terre ; enfin l'attitude générale du malade n'est pas moins caractéristique ; elle respire l'aversion pour le mouvement. Le véritable mélancolique se tient immobile, il ménage ses pas et ses gestes, il conserve indéfiniment la même posture ; en un mot, rien ne saurait égaler l'antipathie que manifestent de tels malades pour tout effort musculaire, pour tout travail, pour tout exercice ; souvent ils résistent lorsqu'on cherche à les habiller, et ne veulent point sortir de leur chambre ; quelquefois même ils refusent obstinément de quitter leur lit ; c'est la *manie lectuaire*, dont je vous ai déjà parlé.

Un dernier trait vient compléter leur physionomie : c'est la voix. Elle est en rapport avec l'ensemble de l'individu, elle semble achever en quelque sorte son portrait. La voix du mélancolique est faible, indistincte, chevrotante, à tel point qu'il est souvent difficile de le comprendre, lorsqu'il est possible de le faire parler ; mais le plus habituellement il garde le silence, et il faut les plus grands efforts pour lui arracher quelques paroles : ce n'est que sous une forte pression, pour ainsi dire, qu'on parvient à en tirer quelques mots qui trahissent la préoccupation constante qui le domine. En dehors des causes morales, on peut invoquer des conditions physiques pour expliquer ce mutisme obstiné. Il existe en effet, chez plusieurs de ces malades, un affaiblissement très-réel des muscles phonateurs et une certaine

difficulté dans l'émission des sons. Ce n'est là d'ailleurs qu'un cas particulier de l'affaiblissement général qui frappe chez eux tous les muscles et qui coïncide avec des perturbations souvent profondes dans leurs fonctions. On observe en effet, chez ces malades, du tremblement, de la contracture, quelquefois même des parésies partielles. Dans une certaine mesure, on peut attribuer la faiblesse générale à la diète rigoureuse que s'imposent volontiers les mélancoliques et aux troubles de nutrition qui s'observent souvent chez eux, même en dehors de l'insuffisance alimentaire.

Il est un autre symptôme qui, lorsqu'il existe, a presque toujours une signification fâcheuse au point de vue du pronostic, car il indique, soit une altération profonde des centres nerveux, soit une maladie qui sera de longue durée: c'est la paralysie des sphincters. Dès que le malade devient *faible*, pour employer l'expression bienveillante usitée en pareil cas, vous devez porter un pronostic grave, quel que soit d'ailleurs l'état du patient.

A côté des troubles de la nutrition, on voit souvent se produire des perturbations sensorielles. Chez la plupart des malades, la sensibilité générale est très-amoindrie ; ils supportent, avec un courage qui ne leur coûte guère, les chocs, les contusions, les piqûres, les brûlures, la chaleur, le froid. Mais il est difficile de distinguer ici ce qui se rapporte aux troubles de l'innervation et ce qui résulte d'une perversion psychologique, d'une idée fixe qui s'est emparée de l'aliéné et qui le domine tout entier. Au reste, il se produit souvent une alliance entre ces deux conditions, qui, s'appuyant l'une sur l'autre, produisent ensemble les effets les plus remarquables.

A côté de ces anesthésies cutanées, on peut rencontrer un affaiblissement des sens spéciaux, de l'ouïe, de la vue,

de l'odorat et du goût. Par contre, il n'est point rare d'observer, chez ces malades, une céphalalgie intense qui revêt le caractère névralgique.

Je ne saurais séparer de ces manifestations morbides un phénomène des plus importants, qui précède souvent tous les autres et marque le début de la maladie : c'est le trouble névropathique par excellence, c'est l'*insomnie*. La privation de sommeil, surtout à la première période, est l'un des phénomènes les plus constants de la mélancolie, et lorsque, par exception, le sommeil persiste, il est presque toujours traversé par des rêves, par des cauchemars, par des visions terrifiantes.

Contrairement à ce qui se passe chez un assez grand nombre de fous, les mélancoliques sont presque toujours atteints d'*anorexie*. Ils éprouvent de la répugnance pour les aliments, ils arrivent facilement à la *sitophobie*, au dégoût de toute nourriture, et, à ce point de vue, il est plus facile de soigner les malades tombés dans un abattement complet que ceux qui ont conservé assez d'énergie pour lutter contre leur entourage.

Une conséquence naturelle de ce jeûne forcé, c'est l'amaigrissement : la plupart des mélancoliques perdent rapidement une partie considérable de leur poids et subissent une déchéance profonde de toute l'économie.

A côté de ces troubles digestifs, il faut placer un symptôme à peu près constant et qui, au point de vue clinique, offre une valeur presque égale à celle de l'insomnie : c'est la *constipation*. Extrêmement opiniâtre chez tous les mélancoliques, elle paraît se relier à une paralysie intestinale, et c'est en grande partie à ce phénomène, signalé dès les premiers temps de la médecine, qu'il faut attribuer la coutume des anciens de purger les fous avec de l'ellébore. La

méthode évacuante, en effet, constitue l'un des meilleurs traitements de la mélancolie.

Le ralentissement de la nutrition doit évidemment nous faire prévoir une diminution correspondante dans toutes les dépenses de l'économie et principalement dans les sécrétions. D'une manière habituelle, leur abondance diminue ; on le constate pour les urines, on le constate pour la transpiration cutanée, ce qui rend la peau dure et sèche au toucher. On le constate enfin par l'état des cheveux, qui deviennent secs, cassants, ternes, parce qu'ils manquent de cet enduit sébacé que nous fournit l'organisme à l'état physiologique.

La sécrétion spermatique chez l'homme est notablement amoindrie et les spermatozoïdes sont beaucoup moins abondants. Chez la femme, la cessation des règles est un symptôme des plus communs, et l'on peut dire qu'en général les fonctions génitales sont abolies dans l'un et l'autre sexe. Toutefois, il est des mélancoliques qui se livrent à la masturbation.

Mais ce sont les troubles de la circulation qui semblent dominer l'état physique de ces malades. Tous les mélancoliques présentent un refroidissement des extrémités et une tendance à la cyanose. Les mains sont froides, bleuâtres, livides. Il en est de même de la figure, du nez, des oreilles. Cet état doit être attribué sans aucun doute à une cause générale. La contractilité vasculaire et la fonction de l'hématose sont probablement toutes les deux compromises.

Marcé, dans un excellent mémoire, a fort bien étudié ces perturbations, en même temps que les troubles respiratoires. Les mélancoliques ne font pas des inspirations complètes, l'air n'arrive point jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, les mouvements de la poitrine n'ont pas

d'ampleur, ils sont irréguliers, saccadés. La respiration est donc modifiée chez eux dans son rythme, dans sa fréquence et dans son étendue, et souvent le type respiratoire est constitué par une foule de petites respirations juxtaposées, qui remplacent le mouvement ample et régulier de la poitrine à l'état normal.

Marcé signale également le défaut de proportion entre le nombre des inspirations et celui des battements cardiaques. Ce rapport, vous le savez, est de 1 à 4 dans l'état normal: chez les mélancoliques, il descend bien plus bas, et l'on voit souvent une seule respiration correspondre à cinq ou six pulsations. Aussi, bien que le nombre des respirations ne soit pas toujours diminué d'une manière absolue, les mouvements respiratoires ne sont plus en rapport avec les besoins de la circulation, et par conséquent de l'hématose.

A ces faits se rattache l'abaissement de la température. Peu considérable pour les parties centrales, il est plus nettement accentué à la périphérie du corps, où le chiffre peut descendre à 3 ou 4 degrés au-dessous de la normale. D'après Marcé, l'imperfection de l'hématose et les troubles de la respiration suffisent pour expliquer ce refroidissement. Je ne saurais accepter cette manière de voir ; mais, pour la combattre, je me vois obligé de faire une courte excursion dans le domaine de la physiologie.

Depuis les travaux de Claude Bernard, nous savons que la chaleur animale ne dépend nullement des combustions pulmonaires : c'est une fonction de plus haute dignité, qui règne dans toutes les parties de l'organisme et qui préside aux actes les plus intimes de la chimie des êtres vivants. Si donc on abaisse la température d'un animal à sang chaud, on détermine par là une affection bien autrement grave

que ne le serait un simple amoindrissement des actes respiratoires. Il s'agit donc, chez nos malades, d'un trouble profond des fonctions intimes de l'économie.

D'un autre côté, il est, chez les mélancoliques, un phénomène de la plus haute importance et qui domine la question tout entière ; c'est la diminution évidente du calibre des artères. Le pouls, chez ces malades, est petit, serré, souvent accéléré ; la radiale est peu saillante, peu volumineuse, et à côté de cette contraction des vaisseaux principaux il existe une sténose des capillaires qui diminue la turgescence vitale de l'individu. On peut donc admettre, chez les mélancoliques, une sorte de crampe des vaso-moteurs, qui constitue un des éléments les plus remarquables de leur état morbide. Or, si nous voyons directement dans les parties périphériques ce trouble circulatoire, il est logique d'en déduire que la circulation cérébrale se trouve dans des conditions analogues et que l'état mental en subit l'influence.

Mais, dira-t-on, la description qui précède convient surtout à l'état de stupeur, et tous les mélancoliques sont loin d'offrir le même aspect ; certains d'entre eux peuvent même offrir une excitation plus ou moins évidente. Cette objection, dont nous reconnaissons la justesse, pourrait s'appliquer à toutes les descriptions générales en pathologie, et c'est à l'étude des détails qu'il appartient de corriger ce que les vues synthétiques peuvent offrir de trop absolu. D'ailleurs, la stupeur n'est que le degré le plus élevé de la mélancolie, et tous les phénomènes qui en relèvent peuvent se rencontrer, à un degré moins élevé, dans les formes moins graves de cet état pathologique.

Nous avons longuement insisté sur le côté purement phy-

sique de la question, parce que nous sommes convaincu qu'il faut en pathologie mentale accorder une part plus large que jamais aux troubles matériels de l'économie. Nous allons maintenant en étudier le côté psychologique.

Il existe dans la mélancolie deux grandes formes qui présentent les rapports les plus intimes et représentent en quelque sorte deux degrés différents d'une seule et même affection : ce sont la mélancolie proprement dite, dont nous allons nous occuper immédiatement, et la stupeur, qui fera l'objet d'une leçon spéciale.

Le fond psychologique de la maladie qui nous occupe est un état de tristesse profonde, sans motif apparent, sans cause légitime, et qui rend le malade de plus en plus étranger à tout ce qui l'entoure. Indifférent à ses meilleures affections, oubliant ses intérêts les plus importants, il s'abîme de plus en plus dans ses proccupations malsaines et présente l'image d'un parfait égoïsme, mais d'un égoïsme malheureux. Ce n'est pas sans raison qu'on a comparé la lypémanie à un vertige de l'intelligence ; c'est en effet un malaise absolument intime et sans aucun rapport avec les faits extérieurs.

Mais tous les mélancoliques sont loin de se ressembler. On peut admettre trois grandes variétés dans cet état morbide. Il y a d'abord la mélancolie avec conscience, ensuite la mélancolie dépressive avec tendance à la stupeur ; enfin la mélancolie anxieuse. Il faut y joindre la mélancolie perplexe, que M. le professeur Lasègue vient d'étudier dans un travail récent. Reste le délire des persécutions, dont l'importance est capitale et que nous étudierons dans la leçon prochaine.

I. *Mélancolie avec conscience.* — On dit généralement que « la folie est un mal qui s'ignore lui-même. » C'est là,

sans doute, une profonde vérité, dans l'immense majorité des cas, mais cette règle générale comporte de nombreuses exceptions. Avec M. Baillarger, nous citerons, comme exemples, la folie impulsive et la mélancolie avec conscience, qui va maintenant nous occuper.

Les malades de cette première catégorie, n'offrant aucun délire proprement dit, ne se rencontrent presque jamais dans les asiles, ni dans les maisons de santé particulières. Mais on les voit souvent dans le monde et la pratique civile nous offre à cet égard de précieux avantages. Chez les uns la mélancolie débute par un changement d'humeur, par une tristesse sans motifs ; c'est le dégoût de la vie, le *tædium vitæ*, le *spleen*. Chez les autres, le premier symptôme est une sorte d'indifférence générale. Je vois en ce moment un diplomate étranger, homme fort intelligent qui s'est adonné avec succès à l'étude des sciences. Il mène une vie très active et entretient une correspondance des plus assidues. Il a été frappé à plusieurs reprises de la forme de mélancolie dont je viens de vous parler. Chez lui, le premier symptôme, celui qui annonce toujours l'apparition imminente de la crise, c'est qu'il néglige de décacheter ses lettres. On peut alors prédire avec certitude qu'un nouvel accès va se déclarer.

Dans ces conditions, et souvent à un degré fort peu avancé de la maladie, le mélancolique est porté vers le suicide, et il faut une surveillance des plus attentives pour le garantir de ses propres impulsions.

Je vais formuler un paradoxe, qui vous choquera peut-être, mais qui renferme une vérité importante au point de vue clinique. La tendance au suicide est un phénomène très peu grave, au point de vue psychologique. C'est l'un des troubles qui envahissent le plus facilement les cerveaux

faibles, et cela sans aucune intervention de l'aliénation mentale. Une contrariété passagère suffit pour l'évoquer, un vent favorable pour la dissiper. Il est donc absolument vrai que la paralysie des sphincters et la malpropreté sont des signes infiniment plus graves, au point de vue du pronostic mental, que l'impulsion au suicide. Cette tendance, malgré toute sa gravité au point de vue des conséquences immédiates, n'a pas en elle-même une signification fâcheuse, et peut aisément se dissiper.

Ajoutons enfin que l'on rencontre quelquefois, à côté de ce symptôme, l'impulsion au meurtre ; c'est là d'ailleurs un fait assez exceptionnel chez les mélancoliques.

Si, dans la folie avec conscience, le malade comprend son délire, il lui est absolument impossible de réagir contre lui ; et lorsqu'il devient capable d'un effort en ce sens, c'est qu'il est déjà sur la voie de la guérison. En effet, les idées qui le persécutent ne sont point absurdes par elles-mêmes ; elles le deviennent par l'exagération de leur intensité. Tel malade, par exemple, éprouve une crainte insensée de la mort ; il est persuadé qu'il va mourir, et cette conviction le pousse au suicide. Tel autre craint de voir mourir ses enfants. Un troisième se croit ruiné ; rien ne peut lui ôter cette idée. Certains malades redoutent le sommeil ; ils ne veulent point s'endormir, car ils craignent de ne jamais se réveiller. Certains autres sont atteints d'une paresse invincible qui fait leur désespoir et les met dans l'impossibilité absolue de s'occuper des affaires les plus urgentes. Enfin, une des terreurs les plus communes dans cet état, c'est la crainte de devenir fou. Un grand nombre de malades vont consulter un médecin parce qu'ils ont peur de perdre la raison ; ils ont conscience d'un trouble étrange qui se passe dans les profondeurs de leur intelligence. Ces préoccupations,

comme vous le voyez, restent toujours dans le domaine du possible et ne renferment en elles-mêmes aucune absurdité.

D'autres fois, c'est un souvenir tyrannique qui poursuit les malades et ne leur laisse aucun repos. Je pourrais vous en citer plusieurs exemples : je me contenterai d'en rapporter un seul.

J'ai connu une dame qui était tombée dans une mélancolie des plus prononcées pour avoir trompé son mari : constamment préoccupée de ce triste souvenir, elle prenait un plaisir morbide à raconter tous les incidents de sa vie et tous les détails de sa faute. Peu à peu, les symptômes s'aggravèrent et la malade finit par tomber dans la stupeur.

Messieurs, je viens de vous exposer quelques-uns des caractères positifs de la mélancolie avec conscience : je vais maintenant vous en indiquer les caractères négatifs ; ils ne sont pas moins importants.

Et d'abord, les mélancoliques de cette espèce n'ont pas d'hallucinations, ce qui les distingue fort nettement de la plupart des autres aliénés.

En second lieu, la maladie se manifeste sous forme d'*accès*, séparés quelquefois par de très longs intervalles de santé ; pendant de longues années, ces sujets peuvent rentrer dans la société et vivre de la vie ordinaire ; mais l'épée reste toujours suspendue sur leurs têtes, et au moment où l'on s'y attend le moins, leur raison subit une éclipse nouvelle.

Un dernier caractère, et ce n'est pas le moins intéressant, c'est l'état psychologique de ces malades après leur guérison. Ils n'ont aucune espèce de fausse honte, d'amour-

propre mal placé ; ils reconnaissent parfaitement qu'ils ont subi les atteintes d'une maladie qui, par elle-même, n'a rien de déshonorant. Ils en racontent tous les détails sans aucune répugnance. Il en est bien autrement chez les aliénés ordinaires ; une fois guéris, ils rougissent de leur malheur et manifestent une aversion profonde pour les médecins qui les ont soignés. L'ingratitude, que nous rencontrons si souvent dans la clientèle ordinaire, est décuplée lorsqu'il s'agit des fous, et plus particulièrement des persécutés.

II. *Mélancolie dépressive.* — Nous arrivons à la seconde forme de cette maladie, la mélancolie dépressive. Les sujets qui en sont atteints ressemblent à beaucoup d'égards à ceux dont je viens de vous tracer l'histoire ; mais ils en diffèrent essentiellement par l'état de leurs facultés. Leur intelligence est profondément troublée, ils marchent vers a stupeur ; et cependant, dans les premières périodes de leur délire, ils conservent une notion vague, confuse et mal définie de leur état. Ils se préoccupent de leur santé, ils veulent être soignés ; mais bientôt il n'y aura plus de place dans leur esprit pour des idées saines, en dehors des chagrins imaginaires qui vont dominer toute leur existence. Ils sont perdus, ils sont ruinés ; on les accuse d'un crime ; ils se sentent coupables ; ils sont damnés. A mesure que la maladie fait des progrès, le délire s'accentue, et bientôt les hallucinations se mettent de la partie. C'est alors que le mélancolique devient de plus en plus concentré, de plus en plus immobile. Indifférent à tout ce qui l'entoure, il tombe dans un mutisme complet et finit quelquefois par entrer en état de stupeur.

Un fait des plus remarquables et qui établit une profonde différence entre ces malades et les persécutés, c'est

qu'ils n'ont pas de persécuteurs ; ils sont malheureux et tourmentés ; ils se croient quelquefois accusés des actions les plus abominables ; mais lorsqu'on leur pose catégoriquement la question, ils répondent sans hésiter qu'ils n'ont pas d'ennemis ; distinction profonde et radicale, et que je tenais à vous signaler.

Notons enfin que, chez ces malades, il n'y a point de ces délires cachés, de ces idées latentes que les fous dissimulent avec tant d'habileté et dont l'influence est d'autant plus profonde.

Vous le voyez donc, messieurs, une tristesse insensée, un affaissement général des facultés intellectuelles, du sentiment et du mouvement, tels sont les caractères de la mélancolie dépressive. Cette affection suit une évolution régulièrement ascendante ; elle marche vers la stupeur ; et cependant elle guérit le plus souvent, après une durée qui peut être extrêmement longue, — quelquefois même après des années entières. C'est une maladie essentiellement chronique ; mais, lorsque la guérison survient, elle est franche et radicale, sans rechutes et sans retour en arrière, comme dans la forme que nous avons précédemment étudiée.

Je tiens particulièrement, messieurs, à vous faire observer que cette variété de mélancolie est très souvent liée à des causes exclusivement physiques, à des affections viscérales de diverse nature. Loin de moi la pensée de vouloir atténuer l'importance légitime des causes morales ; mais, en insistant sur l'action manifeste des troubles somatiques, je cherche à vous prouver une fois de plus que la mélancolie n'est pas une maladie essentielle, mais un état général, et l'expression symptomatique de plusieurs maladies absolument différentes.

III. *Mélancolie anxieuse.* — Comme vous venez de le voir, l'un des caractères les plus frappants de la mélancolie proprement dite, c'est l'inertie, l'immobilité, l'aversion pour toute espèce d'effort musculaire. Dans la mélancolie anxieuse, au contraire, une tristesse extrême s'allie à une agitation incroyable, à un besoin extraordinaire de mouvement. Pendant des heures, pendant des journées entières, les malades vont et viennent, en répétant sans cesse les mêmes paroles. Sans doute, après une longue période d'agitation, leur activité se ralentit, parce que les forces humaines ont des limites ; mais la fatigue peut seule triompher de leur agitation.

Cette variété de mélancolie se rapproche beaucoup plus de la première forme que de la deuxième. Presque toujours exempte d'hallucinations, elle se manifeste, elle aussi, par accès intermittents, séparés par des intervalles de santé. Mais ce qui nous importe le plus, c'est de savoir que cette forme de la maladie est parfaitement guérissable ; elle ne marche jamais vers la démence, et lorsque les malades reviennent à la santé, ils rentrent en pleine possession de leur intelligence.

IV. *Mélancolie perplexe.* — Cette forme de mélancolie est essentiellement caractérisée, selon M. le professeur Lasègue, par l'affaiblissement de la volonté ; les malades, incapables de prendre aucune décision, passent leurs jours dans une sorte de tristesse paresseuse, dont ils ne peuvent pas sortir.

Existe-t-il des lésions anatomiques dans la mélancolie ? Sans doute, dans un grand nombre de cas, l'inspection la plus attentive ne fait rien découvrir ; mais souvent on rencontre chez ces sujets des traces évidentes de méningite

chronique; d'autres fois on trouve des lésions manifestes de l'arbre vasculaire.

Je viens de procéder à l'autopsie d'une femme de quarante ans, qui depuis dix-huit mois était atteinte d'une tristesse profonde et sans motifs. Elle mourut, peu de jours après son entrée, d'une hémorrhagie cérébrale foudroyante. On découvrit à l'autopsie *une dégénérescence athéromateuse de toutes les artères cérébrales*, circonstance d'autant plus remarquable que l'artère radiale ne présentait aucune de ces altérations qui font songer, pendant la vie, à l'existence de ce genre de lésions. N'est-il pas permis de croire qu'un trouble profond de la circulation cérébrale était ici la cause de la perturbation morale que présentait cette malade?

Le traitement de la mélancolie se confond, à beaucoup d'égards, avec celui de la folie en général; toutefois, il se prête à des considérations particulières que je vais vous indiquer succinctement.

C'est peut-être chez les mélancoliques que le traitement moral exerce la plus bienfaisante influence. Isoler le malade, l'enlever à son milieu, le soustraire aux ennuis de famille, aux préoccupations d'affaires, aux excitations sans cesse renaissantes qui le maintiennent dans un état d'hypéresthésie morale, telle est la première de toutes les indications. Des entretiens bienveillants, dans lesquels, sans froisser le sujet, on combat ses idées erronées, peuvent rendre de grands services; mais c'est surtout à la période ascendante, quand la convalescence est sur le point de se déclarer, que de tels moyens peuvent être employés avec succès.

Le traitement médical est d'une utilité plus immédiate.

Comme dans les autres formes de l'aliénation mentale, les purgatifs, les affusions froides et les bains prolongés peuvent être d'un grand secours; mais ce qu'il faut savoir avant tout, c'est que les calmants réussissent, dans la mélancolie, mieux peut-être que dans toute autre forme de l'aliénation mentale. En effet, la dépression qui semble caractériser la lypémanie n'est bien souvent qu'une excitation retournée ; voilà pourquoi sans doute la sédation du système nerveux est l'une des indications les plus importantes à remplir.

Parmi les médicaments qui nous permettent d'atteindre ce but, j'accorde le premier rang aux bromures alcalins; il faut les prescrire à dose assez élevée pour obtenir des effets sensibles (de 6 à 8 grammes par jour). L'extrait aqueux d'opium à la dose de 5 à 10 centigrammes est utile dans l'insomnie; on peut y associer le chloral. Par une contradiction bizarre, sauf le cas d'insomnie, les préparations opiacées et les sels de morphine paraissent devoir être écartés du traitement de la mélancolie : loin de calmer la perturbation morale, ils paraissent avoir une tendance à l'aggraver. — Enfin, l'alcool en petites quantités peut rendre de grands services, comme sédatif et comme tonique, surtout chez les malades qui en ont abusé dans le cours de leur existence.

On prescrit avec raison les amers, les toniques, les reconstituants; mais il ne faut point oublier que sous ce rapport aucun médicament ne saurait égaler une bonne nourriture, riche en principes azotés et d'une digestion facile.

Enfin, l'exercice physique, chez les sujets dont l'état général le permet, peut rendre de véritables services. Cependant les médecins allemands recommandent, dans les cas

aigus, de tenir les malades au lit ; c'est là une pratique sur laquelle je ne saurais me prononcer. Mais, ce qui me paraît hors de toute contestation, c'est que les distractions de toute espèce, et surtout le travail intellectuel, dans une saine et juste mesure, sont au nombre des meilleurs remèdes contre la mélancolie, chez les sujets dont les facultés n'ont pas subi une déchéance trop profonde.

NEUVIÈME LEÇON

DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS.

SOMMAIRE. — Fréquence extrême du délire des persécutions. — Importance des problèmes qu'il soulève. — Influence des persécutés dans la société. — Manie du soupçon. — Autophilie. — Influence des préoccupations de l'époque sur le délire des persécutés. — Période initiale. — Le vrai persécuté n'a point d'ennemis. — Systématisation du délire. — Choix de persécuteurs individuels. — Développement lent et progressif du délire. — Hérédité. — Persécutés persécuteurs. — Hallucinations. — L'ouïe domine absolument la scène. — Hallucinations psychiques. — Transformation du délire. — Idées ambitieuses. — Longue durée des troubles intellectuels. — Fuite soudaine des persécutés. — Gravité du pronostic. — Démence terminale. — Fréquence du suicide pendant la période active du délire.

MESSIEURS,

Par son extrême fréquence et par l'importance capitale des problèmes qu'il soulève, le délire des persécutions est incontestablement l'une des formes les plus intéressantes de la médecine mentale. On le rencontre, selon des appréciations diverses, chez un tiers ou tout au moins chez un sixième des malades observés. C'est assez vous dire qu'il n'est aucun asile, aucune maison de santé qui ne renferme un très grand nombre de persécutés. Nous nous proposons donc d'étudier ce sujet avec toute l'attention qu'il mérite.

L'un des fondateurs de l'école française, Esquirol, avait proposé de supprimer le mot de *mélancolie;* par compensation, il a introduit dans le langage usuel le mot de *mono-*

manie, qui a conquis le droit de bourgeoisie dans la langue que nous parlons. Vous le trouverez dans tous les dictionnaires et il est passé dans le langage courant. Et cependant, d'après la plupart des modernes, ce mot répond à une idée fausse. Nous discuterons cette question plus tard. Pour le moment, contentons-nous de quelques remarques qui se rattachent directement à notre sujet.

Quand on relit le travail si remarquable d'Esquirol sur la monomanie, on constate qu'en définitive les malades rangés dans cette catégorie se réduisent à trois grandes classes. Les uns sont des ambitieux, et ce sont presque toujours des paralytiques quand ils ne sont point des persécutés. Les autres sont des impulsifs, ils représentent la vraie monomanie d'Esquirol, la monomanie incendiaire, la monomanie du vol. Restent enfin les persécutés; et en dehors de ces trois grandes catégories on ne trouve que les excentriques, qui ne méritent pas une place à part. C'est donc le délire des persécutions qui semble représenter, en dernière analyse, le véritable type de la monomanie d'Esquirol.

Or, on ne saurait concevoir un délire plus général, plus profond et plus radical que celui des persécutions. Par ses origines, par ses conséquences, par l'ensemble des conceptions qui le caractérisent, il enveloppe l'individu tout entier, et l'on s'étonne à bon droit de voir qu'un pareil délire a pu être considéré comme un trouble partiel de l'intelligence. Mais un grand nombre de persécutés sont des hommes d'un esprit lucide et d'une culture élevée, et qui ont conservé sous beaucoup de rapports le libre exercice de leurs facultés. On hésite donc assez souvent à les considérer comme des fous, et lorsqu'on accepte ce diagnostic, on est tenté de croire qu'il s'agit d'une folie partielle. Rien

de plus erroné qu'une conception semblable. Nous allons chercher à vous le démontrer.

Lorsqu'on remonte à l'origine de leur histoire, la plupart de ces malades ont présenté dès leurs premières années une certaine étrangeté dans le caractère et dans l'esprit. Mais au début de la période vraiment pathologique, on voit poindre tout d'abord une dépression générale, une tristesse profonde qui incline toutes les idées vers la mélancolie, comme un ciel gris qui jette sur tous les objets une teinte uniforme. Et pourtant, au milieu de ces préoccupations constantes, nous voyons souvent des persécutés mener une vie active et jouer quelquefois un rôle considérable dans la société. Leur influence est considérable à cette période de la maladie, et plusieurs d'entre eux ont laissé des traces dans l'histoire. De tels malades sont évidemment bien différents des mélancoliques affaissés, des lypémaniaques abattus. Ils ont un esprit bien plus actif et plus pénétrant qu'à l'état normal. Habiles à dissimuler leur délire, on les a vus s'élever aux plus hautes fonctions ; des savants, des lettrés, des hommes politiques ont offert de la façon la plus nette les caractères du délire des persécutions.

Toutefois, il ne faudrait point croire que tous les persécutés sont jetés dans le même moule et présentent le même calibre intellectuel. Le délire des uns, incohérent et décousu, se ressent de leur pauvreté intellectuelle, le délire des autres est une conception logique dont les diverses parties se prêtent un appui réciproque. Les uns sont des persécutés actifs qui réagissent avec violence contre leurs ennemis, les autres sont des persécutés passifs qui s'affaissent sur eux-mêmes et semblent accepter sans résistance leur malheur.

Enfin il est des sujets chez qui le délire prend une forme

soupçonneuse qui les porte à regarder avec une incurable défiance tout ce qui les entoure, et bien que ce ne soit là qu'une variété de la forme générale, nous acceptons volontiers l'expression de *manie du soupçon* par laquelle les Anglais ont désigné cette forme pathologique.

S'il existe une loi générale qui domine toutes ces différences individuelles, c'est la systématisation ou, pour parler plus exactement, l'*autophilie*, c'est-à-dire la tendance à tout rapporter à eux-mêmes, à s'imaginer que tous les événements qui se passent dans le vaste univers ont un rapport immédiat et direct avec leur propre histoire. Ils se croient l'objet de l'attention universelle, et toutes les paroles, toutes les actions de leur entourage sont interprétées par rapport à eux-mêmes; en un mot, ce sont des esprits chez qui la tendance subjective est poussée non seulement jusqu'à l'exagération, mais jusqu'au délire.

Pour la plupart des persécutés, un pouvoir mystérieux, une conspiration générale menace et domine toute leur existence. C'est une puissance impersonnelle au début et à laquelle ils ne donnent aucun nom individuel. On leur en veut, on les poursuit, on cherche à leur nuire. Mais à cette première période de leur maladie ils ne se connaissent point d'ennemis, ou du moins, s'ils en ont, ce sont des collectivités. Sous ce rapport leurs idées se ressentent des préoccupations de l'époque et de l'atmosphère ambiante. Au moyen âge on était persécuté par les sorciers; sous la Terreur, par les jacobins; sous Louis XVIII, par les jésuites, et actuellement la police et les sociétés secrètes jouent le rôle principal.

Les idées dominantes de chaque aliéné sont en rapport avec son état social. Les persécutions des gens lettrés ne sont pas les mêmes que celles du populaire, et les campa-

gnards n'ont pas les mêmes persécutions que les citadins. Chez le paysan, les sorciers jouent un rôle prépondérant, tandis que les ouvriers attribuent plutôt leurs misères à la physique et à tous les moyens que met en œuvre la science et dont ils ne possèdent qu'une connaissance imparfaite.

Le délire des persécutions peut en rester à cette étape initiale et c'est là, selon M. Lasègue, le véritable type de la maladie; mais à cette donnée primitive peuvent se joindre des conceptions nouvelles qui constituent un délire parallèle au premier. C'est alors que le malade se décide à faire un choix parmi ses ennemis et à se reconnaître des persécuteurs individuels, qui le plus souvent sont pris dans son entourage immédiat et parmi ses supérieurs hiérarchiques. Un curé s'en prend à son évêque, un capitaine à son colonel, une femme à son mari, un hypochondriaque à son médecin.

Mais, pour bien comprendre la filiation des idées et l'évolution de la maladie, il faut remonter jusqu'aux origines de l'individu et quelquefois même au-delà de sa naissance. Souvent, en effet, on retrouve dans les antécédents de famille les premiers vestiges de ce délire qui n'acquiert son entier épanouissement qu'à la deuxième ou à la troisième génération. L'hérédité s'établit soit dans une famille d'aliénés, soit chez une race qui présente d'autres formes de névropathie, et il n'est pas rare en effet de retrouver des hystériques, des convulsifs ou des excentriques, parmi les ascendants des persécutés. Cependant la règle n'est point absolue, et certains persécutés sont issus de parents absolument sains, du moins en apparence. Et cependant, un génie malfaisant semble avoir présidé dès le début à leur destinée. Lorsqu'ils ont été dès le début l'objet d'une attention intelligente, on les voit souvent, au sortir

de l'enfance, au moment où l'intelligence se développe et lorsque le papillon va sortir de la chrysalide, on les voit rester sombres, mélancoliques et se tenir à l'écart de leurs camarades, qui se livrent avec emportement aux jeux et à la gaieté de leur âge. Très souvent ces dispositions d'esprit se lient à un orgueil peu justifié, mais qui constitue un vice primordial. Sans doute ces premières déviations ne sont point encore le délire, elles représentent pour ainsi dire la pente sur laquelle l'esprit va s'abandonner. Mais un peu plus tard, et surtout vers l'époque de la puberté, l'observateur attentif peut démêler les premières traces de la folie. C'est souvent au collége que se développent pour la première fois les conceptions délirantes et les idées de persécution. Il m'est arrivé d'en observer moi-même quelques cas et je vous en citerai un exemple qui me paraît concluant.

J'avais parmi mes camarades un jeune homme fort aimable, d'un physique agréable et d'une intelligence très développée, surtout par certains côtés. Rien de plus facile que de se lier avec lui; mais une fois les relations commencées, on était frappé d'une sorte de mécontentement qui semblait dominer son caractère tout entier. Rien ne paraissait le satisfaire et, chose étrange, le même sujet de plainte revenait à chaque instant dans ses conversations. Il attribuait à ses parents les plus mauvaises intentions à son égard. A l'entendre, son père et sa mère avaient été, dès le jour de sa naissance, ses pires ennemis.

Pour moi, élevé dans des idées absolument différentes, j'étais d'abord choqué de voir ce jeune homme manquer absolument de respect pour ses auteurs; mais, subissant à la fin son influence, j'avais fini par croire que ses plaintes étaient réellement fondées. Lorsque plus tard je fus introduit

dans sa famille, je fus frappé d'étonnement de me voir en présence de gens excellents, pleins de bienveillance et animés pour leur fils des sentiments les plus affectueux. Il y avait donc chez ce jeune homme de quinze ans une véritable perversion de l'intelligence et du sens moral, premier vestige d'un délire des persécutions dans lequel il a fini par verser. Il est aujourd'hui maintenu dans une maison de santé, et dans l'état actuel de son intelligence je ne saurais voir que la dernière étape d'une évolution pathologique au début de laquelle j'ai certainement assisté.

Le fait que je viens de vous rapporter n'est point isolé. J'en trouve d'autres dans mes souvenirs ; mais s'il faut se défier des impressions trop vives que font naître en nous des souvenirs personnels, je vous renvoie à cet ouvrage immortel qui fait tant d'honneur à la langue française, aux *Confessions* de Jean-Jacques Rousseau. Vous y trouverez l'autobiographie de l'illustre persécuté, où toutes les étapes successives de cette longue maladie, qui devait aboutir au suicide, sont retracées avec un incomparable talent par un observateur absolument inconscient. Vous y trouverez dès le début cette incurable tendance de l'esprit à tout faire graviter autour de soi. Vous y verrez ce caractère sombre, ombrageux, difficile, qui permet cependant des attachements très vifs et des affections d'autant plus tendres que leur nombre est plus limité. Plus tard, les progrès incessants de la maladie effacent peu à peu tout ce qui peut rester d'aimable dans un tel caractère et aboutissent à une misanthropie qui n'a d'autre issue que le désespoir. Notez enfin la prédominance de l'orgueil, l'un des caractères les plus frappants de presque tous les persécutés. Rousseau se considérait avec raison comme l'un des plus grands esprits de son siècle, mais il s'attribuait en outre une supériorité

morale contre laquelle protestent les actions de sa vie, dont il nous a retracé les moindres détails.

Ce serait une étrange erreur que d'attribuer à cette systématisation du délire une progression régulière et tranquille. C'est au contraire à travers des luttes intérieures et des crises sans cesse renaissantes que se poursuit l'évolution morbide. Des doutes viennent souvent assaillir l'esprit du malade. Il y pense constamment, il cherche à les résoudre; il y a donc une longue période de préparation, de rédaction, pour ainsi dire, qui se fait en silence; voilà pourquoi, lorsque, bien des années plus tard, le délire éclate au dehors, on est étonné, en s'entretenant avec ces aliénés de la solidité de leur raisonnement, de la puissance de leur logique et de la fermeté de leurs convictions; c'est que, depuis de longues années, ils se sont préparés à cette discussion, c'est qu'un travail souterrain s'est accompli dans les profondeurs de leur intelligence et qu'ils arrivent armés de toutes pièces sur le terrain du combat. On les persécute, ils ont des ennemis, et les faits les plus vulgaires sont interprétés comme des preuves irréfutables. Un siège renversé, un geste fait au hasard, une parole dite en l'air, sont des indices qu'ils recueillent avec autant de perspicacité qu'un juge d'instruction peut en montrer dans l'interrogatoire d'un prévenu.

Il leur reste une dernière étape à franchir, soit qu'il s'agisse d'un nouveau délire, soit qu'il s'agisse d'un simple perfectionnement de l'erreur primitive. Nous voulons parler du choix des persécuteurs et du choix des persécutions. Nous l'avons déjà dit; sortant de ce malaise vague dans lequel il est longtemps resté, le malade précise ses accusations, il s'en prend aux francs-maçons, à la police, aux sociétés secrètes, aux jésuites, aux puissances étrangères.

Pour Rousseau, c'étaient les philosophes du dix-huitième siècle qui avaient ourdi contre lui une conspiration dans laquelle ils avaient fini par entraîner l'univers tout entier. Mais, et c'est là le cas le plus grave, les soupçons du malade peuvent se porter sur une seule tête, et c'est alors que, s'attachant avec acharnement aux pas de son ennemi, le persécuté devient à son tour un persécuteur des plus insupportables et souvent des plus dangereux.

Un homme qui a tenu une place importante dans les préoccupations contemporaines, l'avocat Sandon, persécuté manifeste, était arrivé, après avoir impressionné vivement l'opinion publique, à se faire servir une pension par l'empire, sous prétexte de torts à réparer. Il prétendait avoir été indûment enfermé dans une maison de fous. Il mourut presque subitement d'une hémorrhagie cérébrale et l'autopsie permit de reconnaître dans son cerveau des lésions qui justifiaient le diagnostic des aliénistes et montraient en quelque sorte la cause intime et l'évolution du délire.

Mais il est important de tenir compte ici d'un élément primordial dont on ne saurait exagérer l'importance. Tantôt le malade est un homme bienveillant au fond, tantôt, au contraire, il est d'un caractère essentiellement mauvais. Or, les persécutés les plus à craindre sont incontestablement les êtres primitivement envieux, malveillants, et d'un caractère violent. Ce sont eux surtout qui commettent ces crimes dont l'attention publique est violemment frappée et qui ne sont cependant que la dernière étape d'un délire depuis longtemps manifeste. Le crime de l'abbé Verger, qui, se croyant persécuté par l'archevêque de Paris, lui plonge un poignard dans le cœur au milieu d'une cérémonie religieuse, en est un mémorable exemple.

L'un des faits les plus curieux qu'il m'ait été donné d'ob-

server est celui d'une vieille demoiselle âgée de soixante et dix ans, originaire du Dauphiné, mais habitant Paris depuis plus de soixante ans. Elle paraît avoir vécu assez misérablement de son métier de couturière, mais sans avoir jamais éprouvé de maladie grave. Depuis sept ans elle se voyait en butte aux persécutions incessantes d'un personnage étrange qu'elle désignait sous le nom de la Femme rouge. C'était une personne jeune, d'une figure agréable et d'une fort jolie tournure, mais dont les cheveux rouges annonçaient une perversité morale qui n'était point démentie par ses actes. Fille d'un habitant de Grenoble, qui avait autrefois connu la famille de la malade, elle était venue à Paris depuis quelques années pour la persécuter. Son père était un employé de la police secrète qui vivait en concubinage avec une femme de mœurs déréglées. Tous les trois s'étaient réunis pour persécuter cette malheureuse famille. Le frère de la malade était mort empoisonné, et depuis cette époque notre pauvre aliénée menait une existence vagabonde. Poursuivie sans cesse par la Femme rouge, qui pour se déguiser cachait ses cheveux ardents sous un chignon noir, elle était volée, injuriée, inquiétée. Elle ne pouvait pas sortir de chez elle sans trouver tout bouleversé en rentrant. On lui volait sa nourriture, son linge et son argent. Pendant la nuit, la Femme rouge donnait des coups de pied dans la porte pour l'empêcher de dormir. Éperdue de terreur, elle poussait des cris et appelait au secours. Aussi était-elle fort connue dans le quartier, où l'on se moquait de ses éternels dialogues avec la Femme rouge, de ses allures étranges et surtout de sa manie perpétuelle de déménager. Croyant échapper aux persécutions de son ennemie, elle changeait perpétuellement de domicile, à tel point que les commissionnaires refusaient de transporter

son pauvre mobilier. Enfin, un beau jour, elle se précipita sur une jeune fille et voulut l'étrangler, croyant reconnaître en elle son éternelle ennemie. C'est ce dernier exploit qui la fit arrêter.

Chose étrange, le délire des persécutions avait eu dans ce cas la puissance de créer de toutes pièces un être imaginaire auquel on attribuait une physionomie spéciale, un nom propre et un état civil irrégulier. Il est à peine besoin de vous dire que la Femme rouge n'avait jamais existé. Et cependant cette vieille aliénée présentait sous d'autres rapports une parfaite conservation des facultés intellectuelles; elle donnait les détails les plus précis sur son histoire et sur ses antécédents. Elle avait réalisé des miracles d'économie et se montrait sous bien des rapports d'une intelligence supérieure à la moyenne.

C'est en effet ce qui arrive plus d'une fois chez les persécutés. Aussi pendant longtemps leur délire peut rester latent. Pendant longtemps une fermentation sourde se fait au fond de leur intelligence sans se manifester au dehors. C'est seulement en interrogeant de près l'entourage, les parents, les amis qu'on arrive à savoir combien les origines de ce délire remontaient au loin. Et cependant, pendant que les conceptions délirantes avaient pris possession de son esprit, le malade, calme en apparence, participait à la vie commune, et c'est seulement au dernier degré du délire qu'un acte de violence venait trahir au dehors le travail souterrain qui se poursuivait depuis si longtemps.

J'ai connu à l'hospice de Bicêtre un jeune mulâtre, qui depuis longtemps s'imaginait qu'on se moquait de sa couleur. Il croyait s'entendre appeler *moricaud*, *mal blanchi*. Un beau jour il finit par se précipiter dans un magasin

pour administrer des volées de coups de bâton à tous ceux qui s'y trouvaient. Cet acte de violence motiva son incarcération ; jusque-là il avait passé pour raisonnable, et jamais il n'avait parlé de ses hallucinations.

Mais j'anticipe par le récit de ces observations sur l'histoire de la seconde période du délire des persécutions. Son début est marqué surtout par les hallucinations qui peuvent manquer sans doute, qui peuvent aussi se développer de très bonne heure, mais qui indiquent dans l'évolution régulière de la maladie un progrès décisif.

Messieurs, de tous les sens, le plus intellectuel, c'est incontestablement l'ouïe. C'est par l'ouïe que les notions abstraites pénètrent dans notre esprit. C'est par elle que les idées les plus élevées nous deviennent accessibles, c'est par elle enfin que nous parvenons à développer cette faculté du langage qui pour bien des philosophes est le trait caractéristique et l'attribut distinctif de l'espèce humaine. C'est encore par l'ouïe que se manifestent le plus souvent les délires les plus essentiellement intellectuels, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Aussi les hallucinations de l'ouïe dominent-elles toute l'histoire du délire des persécutions.

Les malades commencent généralement par entendre des mots entrecoupés, des injures plus ou moins grossières, puis à mesure que les phénomènes morbides se développent, ces paroles insultantes se transforment en phrases plus ou moins complètes et viennent appuyer sur des bases solides les conceptions délirantes du persécuté. Ces injures ont souvent rapport aux habitudes de l'individu, aux circonstances antérieures de sa vie, elles lui rappellent de lointains souvenirs, elles s'identifient de plus en plus avec lui et finissent par faire partie intégrante de son être moral.

C'est incontestablement l'ouïe qui donne lieu aux hallucinations les plus fréquentes chez les persécutés. Mais, à une période plus avancée de la maladie, les autres sens peuvent y participer. Sans parler du sens de la vue, qui n'entre guère en jeu que chez les persécutés alcooliques, l'une des combinaisons les plus fréquentes est celle des hallucinations du tact et de celles de l'ouïe. Tel malade se croit injurié dans la rue et reçoit en même temps une décharge électrique. Cette impression tactile vient souvent confirmer le délire primitif, et, comme le disait un de nos malades, « c'est justement au moment où l'on me frappe qu'on me dit des bêtises. »

Aux hallucinations du tact se joignent très souvent les hallucinations génitales, qui jouent chez certains persécutés un rôle capital et qui semblent, chez certains d'entre eux, s'être manifestées dès le début. Mais après un certain temps — il s'agit ici d'une longue évolution, car rien n'est plus chronique que le délire des persécutions — les hallucinations subissent l'influence de la chronicité. Au début, les voix sont un phénomène intermittent et pour ainsi dire épisodique ; le malade les entend de temps en temps, à certaines heures de la journée et de préférence la nuit ; puis elles deviennent de plus en plus fréquentes et finissent par être absolument continues, elles couvrent enfin toute l'étendue des vingt-quatre heures. Le malade devient alors une vraie machine à hallucinations.

C'est à ce moment que se produisent ces hallucinations psychiques dont M. Baillarger a le premier tracé l'histoire. Les malades se plaignent qu'on lit dans leurs pensées, qu'on leur dérobe leurs idées, qu'on les publie dans les journaux. Un vieux persécuté disait un jour : « On me dérobe mes idées avant que j'aie le temps de les concevoir. » Il s'agit

là, messieurs, d'un symptôme aussi capital et d'une signification aussi précise que le râle crépitant dans la pneumonie. Il s'agit d'un phénomène qui indique une profonde déchéance des facultés intellectuelles, et cela chez des malades qui ont souvent possédé des facultés remarquables. On s'explique par là ces réponses si familières aux individus de cette espèce. « Comment vous appelez-vous? dit le médecin.—Vous le savez bien, dit le malade.—De quoi vous plaignez-vous?—Vous le savez aussi bien que moi.» Quand vous entendez de pareilles réponses, soyez assurés, messieurs, que vous êtes en présence d'un vieux persécuté et d'un vieil halluciné.

Nous arrivons maintenant à la troisième période du délire des persécutions, qui, d'après M. Lasègue, est constituée par la juxtaposition d'un nouveau délire à côté du premier. Je veux parler de la transformation du délire qui devient ambitieux, ainsi que Morel et Falret l'ont très justement signalé. Quelquefois le passage de la dépression à l'exaltation se fait par une transition logique. «Je suis le fils d'un tapissier, dit le malade, et cependant j'ai de nombreux et puissants ennemis; je suis donc autre chose que ce que l'on pense, je suis le descendant d'un prince, le dernier rejeton d'une famille royale; je possède une fortune considérable, je suis un grand homme, je suis un inventeur de génie, je suis le Christ, je suis le régénérateur du monde.»

Ce serait une erreur de croire que la logique intervient réellement ici. On ne mène pas à volonté son esprit dans le chemin de l'absurde. C'est ici la monture qui entraîne le cavalier; il s'agit bien d'une perturbation du mécanisme cérébral qui répond à une nouvelle lésion fonctionnelle.

Pour mieux rendre ma pensée, permettez-moi, messieurs, une comparaison familière. Un homme devient amoureux

d'une femme, il s'y attache passionnément ; mais après un certain temps, la satiété arrive, dès lors, il lui cherche des défauts, et il en trouve toujours, et ce sont autant d'excuses pour justifier son abandon. Aussi le raisonnement ne sert-il ici qu'à plâtrer les malversations de l'intelligence.

C'est précisément ce qui arrive chez nos persécutés, et ce qui le prouve, c'est que plusieurs de ces malades n'ont même pas la pudeur de masquer cette transition et se donnent immédiatement comme de grands créateurs, comme de grands personnages, après avoir été plongés dans des malheurs imaginaires.

Ils touchent alors de bien près à la démence et c'est, en effet, un état auquel les persécutés arrivent le plus souvent quand leur délire s'est longtemps prolongé.

Après une longue période où dominent les idées fixes, l'intelligence se trouble et s'affaiblit, les pensées deviennent confuses, les paroles deviennent incohérentes, la mémoire se perd et les facultés mentales finissent par s'atrophier.

Ne l'oublions pas pourtant, le délire des persécutés est l'un de ceux où le malade peut côtoyer le plus longtemps l'abîme sans y tomber. Il marche longtemps sur la frontière et ne la franchit qu'à la dernière extrémité. Je vous en citerai un exemple des plus connus, et, en indiquant le nom du malade, je ne trahirai certainement pas un secret.

Pendant seize ans, l'abbé Paganel a été la gloire de Bicêtre. Il y est entré en 1850, et c'est en 1866 qu'il a succombé à une hémorrhagie cérébrale. C'était un homme doué d'une activité intellectuelle extraordinaire ; il écrivait sans cesse, il rédigeait de longs mémoires et se plaignait perpétuellement des persécutions qu'il subissait de la part des autorités, des prêtres et des médecins. Avec cette faci-

lité particulière aux persécutés, il torturait les faits pour les faire servir à son délire, et tous ceux qui ont discuté avec lui ont admiré la vigueur de sa logique et les ressources de son esprit. Je ne sais s'il aurait fini par la démence, mais pendant cette longue période de seize ans son intelligence a paru conserver toute sa souplesse et toute sa fécondité.

Au milieu de ce tiraillement intellectuel si turbulent et si confus, on comprend que les habitudes des malades doivent prendre un cachet particulier. Arrivés à l'évolution complète de leur délire, ils sont en proie à une agitation extrême; se croyant espionnés, ils écoutent aux portes, ils regardent avec défiance tous ceux qui les approchent, ils se voient entourés d'ennemis; à chaque instant ils s'attendent à quelque malheur effroyable. Ils écrivent avec une facilité prodigieuse; ce sont des manuscrits, ce sont des mémoires volumineux, ce sont surtout des plaintes qu'ils adressent aux autorités. Ils déménagent fréquemment, ils n'osent pas rester longtemps dans le même logement; ils craignent d'être empoisonnés et prennent à cet égard les précautions les plus ridicules. Un persécuté, dont Morel nous a rapporté l'histoire, avait soin d'analyser toujours ses excréments au microscope pour y découvrir la preuve de quelque tentative faite sur sa personne.

Il est des persécutés qui vivent solitaires dans une maison où ils se sont enfermés; mais, le plus souvent, ils ne sont pas aussi calmes. Un beau jour, le malade, saisi d'une terreur folle, prend la fuite et disparaît; on le cherche partout, on finit par le trouver, et c'est seulement alors qu'on se décide à l'interner.

J'ai cherché, messieurs, à vous retracer l'existence de ces malades en dehors de nos asiles, je les ai conduits pas à

pas jusque dans l'intérieur de ces établissements où ils tombent sous notre observation. Il nous reste maintenant à conclure.

Si j'ai réussi à vous faire partager mes convictions, si je vous ai démontré que le délire des persécutions n'est pas un fait accidentel, survenant à la suite de circonstances extérieures, mais un vice de conformation psychologique d'origine souvent héréditaire, vous comprendrez qu'il est difficile d'admettre la guérison de ces malades, et cependant la guérison a été quelquefois observée. Je n'oserais point partager à cet égard l'optimisme de M. Legrand du Saulle, qui pense qu'elle peut être obtenue dans un cinquième environ des cas, mais je dois vous faire observer que souvent cette forme de délire est symptomatique et que les malades ne sont pas alors de véritables persécutés. C'est ce qui se voit, par exemple, dans certains cas de délire alcoolique. Or, les troubles intellectuels causés par l'alcool sont essentiellement curables. Mais quand il s'agit réellement de la manie des persécutions, ce sont plutôt des rémissions que de véritables cures qu'il nous est possible d'obtenir.

Quoi qu'il en soit, quand l'amélioration se dessine, on voit le sujet se débarrasser peu à peu des idées qui l'obsédaient, regretter les propos inconsidérés qu'il a tenus et faire des excuses aux personnes qu'il a maltraitées. Mais, pour en arriver là, il faut qu'il ait échappé aux hallucinations qui impriment au délire un caractère de réalité vivante dont le malade subit toujours jusqu'à un certain point l'influence.

Le malade ne guérit point dans l'immense majorité des cas, et son état psychologique peut rester le même pendant de longues années, jusqu'au moment où quelque maladie intercurrente vient terminer son existence, à moins qu'il ne

se décide à y couper court par le suicide. Quand il échappe à l'une et l'autre de ces terminaisons, le persécuté finit presque toujours par tomber dans la démence ; c'est en effet la conséquence naturelle de l'usure et de l'atrophie cérébrale qu'on observe presque toujours chez les vieux aliénés.

DIXIÈME LEÇON

DE LA STUPEUR.

SOMMAIRE. — Définition de la stupeur. — Etat psychologique qui la caractérise. — Début brusque dans certains cas. — La stupeur succède habituellement à une autre maladie. — Influence de la saignée et des hémorrhagies.

Phénomènes physiques. — Attitude. — Expression de la physionomie. — Rigidité des membres. — Mutisme absolu. — Sitophobie. — Dilatation pupillaire. — Troubles sensoriels. — Anesthésie. — Abolition des réflexes. — Troubles trophiques. — Abaissement de la température. — Etat du pouls. — Sécrétions.

Phénomènes intellectuels. — Indifférence générale. — Etat psychologique. — Hallucinations terrifiantes. — Engourdissement moral. — Anéantissement de la pensée. — Forme active, forme passive. — Crises d'agitation. — Alternatives d'excitation et de dépression.

Terminaison de la stupeur. — Causes. — Lésions anatomiques. — Physiologie pathologique. — La stupeur est un phénomène d'arrêt. — Traitement de la stupeur.

MESSIEURS,

Après vous avoir tracé l'hstoire des principales formes que peut affecter la mélancolie, il me reste à vous parler d'un état cérébral qui s'y rattache par des liens intimes sans toutefois se confondre absolument avec elle : je veux parler de la stupeur.

Trente-six ans, c'est-à-dire plus d'un tiers de siècle, se sont écoulés depuis la publication du travail si célèbre de M. Baillarger, et cependant il existe encore à cet égard des opinions divergentes.

Pinel confondait la stupeur avec l'idiotie ; Esquirol en fait une forme de la démence. C'est là un résultat bien naturel de la tendance aux classifications psychologiques. Les aliénés en état de stupeur semblent en effet rester étrangers à toutes les opérations de l'intelligence. De là vient la confusion. Aux aliénistes de cette époque, il semblait naturel de réunir en un seul groupe tous les cas dans lesquels les facultés intellectuelles paraissaient abolies.

C'est pourtant par le côté psychologique qu'a commencé la réaction ; c'est en étudiant l'état psychologique des malades dès le début de la stupeur que M. Baillarger a démontré en 1843 que, sous ce masque de plomb, se cachait un délire des plus violents, une oppression intellectuelle des plus tyranniques. Transporté dans un monde imaginaire, le malade, en proie à des hallucinations terrifiantes, subit l'influence de toutes les impressions qui l'entourent ; il entend des voix menaçantes, des visions horribles viennent l'assiéger. Il tombe alors dans un état qui a la plus grande analogie avec le rêve. La stupeur ne serait donc, d'après M. Baillarger, que le plus haut degré de la mélancolie. C'est ici que se manifestent les opinions contraires.

Personne ne saurait aujourd'hui contester l'exactitude des faits observés par M. Baillarger ; mais la stupeur est un état qui peut se produire dans des conditions fort différentes et souvent étrangères à la mélancolie. De là cette tendance de plusieurs aliénistes à l'étudier à titre de maladie indépendante. L'un des médecins les plus distingués de cet asile, M. Dagonet, a créé le mot de *stupémanie* pour désigner l'ensemble des symptômes de cette affection. Nous serons peut-être plus près de la vérité en acceptant la définition de M. Foville. « La stupeur, dit cet

auteur, est un accident qui peut se produire dans toutes les variétés de la lypémanie.»

Je me propose d'abord de vous tracer le tableau clinique de la maladie, nous serons après cela plus à même d'étudier sa nature et d'en fixer les caractères.

Comme dans toutes les formes de maladies mentales, nous nous trouvons ici en présence de deux grands ordres de symptômes. Il y a dans la stupeur des phénomènes physiques et des phénomènes intellectuels.

C'est surtout dans cette maladie que les phénomènes physiques atteignent une telle importance, qu'on peut les considérer comme le caractère primordial de la maladie. Mais d'abord il convient de considérer comment se développe la stupeur, comment se manifestent ses divers troubles selon les états morbides où elle se produit.

D'abord la stupeur est une condition morbide qui peut se produire subitement, d'une manière imprévue. Rien n'est plus facile que d'en citer des exemples. Une jeune fille est violée, elle tombe en état de stupeur et va rester dans cet état pendant plusieurs mois. Une femme récemment accouchée monte en diligence avec son nourrisson; elle part de chez elle un vendredi, malgré les exhortations et les prédictions fâcheuses de ses voisins. La voiture verse, cette femme est prise d'une terreur épouvantable; elle se figure que son enfant est mort. Quand on la relève elle est en état de stupeur et elle va rester dans cet état pendant un temps considérable.

Un jeune soldat, qui sans doute n'était pas de la race des héros, est transporté presque malgré lui sur un champ de bataille; là, effrayé par le bruit de l'artillerie, par les balles qu'il entend siffler à ses oreilles, par les morts qu'il

voit couchés à ses côtés, il tombe en état de stupeur et y reste pendant une période prolongée.

Voilà donc des exemples dans lesquels notre maladie se produit brusquement, sans aucun état intermédiaire; mais je dois faire ici une remarque tirée de l'excellente étude de M. Étoc-Demazy et qui me paraît empreinte d'un véritable esprit clinique. Lorsque ces phénomènes se produisent, dit cet auteur, lorsqu'on voit un individu tomber dans la stupeur à la suite d'un choc moral violent, il faut presque toujours supposer qu'il s'agit d'un cerveau déjà affaibli. Comme prédispositions à cette maladie, nous citerons certaines névroses, l'hystérie, l'épilepsie, les maladies aiguës et en particulier la fièvre typhoïde. Enfin une cause qui paraît avoir une très grande importance, c'est l'état puerpéral, sur lequel les auteurs ont beaucoup insisté.

J'ai commencé par vous signaler les faits exceptionnels, je vais maintenant vous indiquer la marche la plus ordinaire. La stupeur se montre rarement sans prodromes, comme dans les cas dont je viens de vous parler ; d'une manière habituelle elle succède à une autre maladie, quelquefois à une affection organique, et souvent à de grandes hémorrhagies. C'est pourquoi, dans l'ancien temps, la stupeur était plus fréquente qu'elle ne l'est aujourd'hui, à cause de cette déplorable habitude que l'on avait de saigner les malades agités, habitude dont Pinel a débarrassé la médecine mentale. La fièvre typhoïde, l'état puerpéral, les affections parasitaires peuvent toutes donner naissance à la stupeur ; mais c'est plus particulièrement dans les maladies intellectuelles qu'on la voit se manifester, surtout dans la manie aiguë et plus fréquemment encore dans la mélancolie. Dans ce dernier cas on voit les individus, après les premières périodes, s'affaisser graduellement et arriver à

présenter le spectacle d'une masse à peu près inerte. Mais laissons de côté les origines de la maladie pour l'envisager au moment où elle est dans sa période d'état.

Supposons-nous en présence d'un aliéné soit dans un asile, soit dans une famille où nous avons été appelé et voyons quels sont les divers phénomènes offerts par ce malade. Ce qui frappe tout d'abord l'observateur attentif, c'est l'attitude, c'est l'expression de la physionomie. Les stupides ne se ressemblent pas tous; leur physionomie offre des traits communs, mais dont le groupement est différent suivant les individus. Les uns ont les traits contractés, les yeux baissés vers la terre ou constamment fixés vers un point toujours le même. Chez les autres, au contraire, la physionomie est inerte, les traits sont flasques, le regard est atone, ils regardent sans voir; la bouche est ouverte et parfois elle laisse écouler la salive. C'est là sans doute ce qui a fait comparer par Esquirol ces malades à des déments. C'est un fait général que tous les sujets de cette espèce ont l'air plus vieux que leur âge. Mais un point plus remarquable encore que l'expression de la figure et qui constitue à coup sûr une partie très importante de la physionomie, c'est l'attitude du sujet. Souvent ils ont les bras pendants, ils restent immobiles, ils demeurent des journées entières dans la même attitude, tantôt debout, tantôt assis, tantôt accroupis. D'autres fois, et c'est là l'un des caractères les plus frappants de la maladie, on les voit conserver pendant un temps indéfini des attitudes dans lesquelles un homme bien portant ne saurait se maintenir; par exemple, ils restent debout, les genoux fléchis, et cela pendant un temps tellement prolongé, que des ankyloses ont pu se produire dans cette position. Ce phénomène a été signalé par Leidesdorff et par quelques autres auteurs, et il

faut vraiment que des aliénistes aussi recommandables aient affirmé le fait pour que l'on en admette la possibilité.

D'autres malades présentent un délire plus actif et, quoiqu'ils ne parlent pas, leurs gestes, leur physionomie ont une éloquence suffisante pour faire comprendre quelles idées terrifiantes s'agitent en eux ; ils se cramponnent à une table, à un banc, à un arbre et si on veut les en détacher il faut employer la force, et une force quelquefois très considérable. Mais ce phénomène, qui pourrait être attribué à l'état moral de l'individu, est parfois dû à des troubles physiques et matériels.

En effet, le sujet est souvent incapable de quitter la position qu'il a prise. Les membres sont dans un état de demi-flexion, avec raideur, et pour les redresser faut alors un effort très considérable. Les malades ne se laissent pas diriger comme les cataleptiques. Il y a cependant d'autres types qui se rapprochent davantage de la catalepsie ; on ne rencontre jamais, il est vrai, chez les stupides cette flexibilité qui a été signalée dans la vraie catalepsie, mais chez quelques-uns on voit les membres conserver la position qu'on leur donne.

Il est enfin un phénomène commun aux divers malades atteints de stupeur, c'est encore un trouble du mouvement, bien que dans certains cas on puisse le rattacher à des phénomènes d'ordre moral. Le stupide est un individu dont il est impossible d'arracher une parole et c'est en vain qu'on essaye de les faire sortir de leur silence, soit en les interpellant, soit en les provoquant, soit même en les frappant ; on les voit souvent alors rougir vivement et paraître manifestement irrités, mais sans dire un mot, sans faire un mouvement.

Un phénomène du même genre se passe chez d'autres individus auxquels on adresse la parole en cherchant à exciter leurs sentiments ; leurs yeux laissent écouler d'abondantes larmes, mais la manifestation extérieure de leurs passions internes ne se produit pas au dehors par la parole. Chez d'autres sujets, il en est de même lorsque le médecin emploie la sonde œsophagienne pour les empêcher de mourir de faim. Une voix impérieuse leur commande de ne pas manger ; si, malgré eux, on les force à désobéir à cette voix intérieure, leurs larmes seules viennent protester contre cette violence faite à leurs sentiments.

Ces malades s'abandonnent aux besoins naturels sans aucune espèce de précaution ; il faut chez beaucoup d'entre eux la plus grande surveillance pour éviter les inconvénients d'ordre physique qui résulteraient de cette malpropreté excessive.

Reste enfin l'alimentation. Nous nous trouvons ici encore en présence de deux ordres de fous : les uns acceptent les aliments qu'on leur offre sans qu'ils les aient recherchés, soit qu'ils n'aient pas le sentiment de la faim, soit que, ayant faim, ils dédaignent de faire les efforts nécessaires pour la satisfaction de leur appétit ; les autres luttent avec énergie et ce n'est que par la force que l'on arrive à triompher de leur résistance. Dans la plupart des cas, cette sitophobie est due à des hallucinations. Une malade, citée par M. Etoc-Demazy, se figurait qu'on voulait lui faire manger de la chair d'enfant ; elle disait retrouver dans ses aliments la chair d'enfants qu'elle avait connus. Chez une jeune femme en état de stupeur, la répulsion qu'elle éprouvait pour les aliments tenait à ce qu'elle croyait voir des serpents dans tout ce qu'on lui offrait. Chez d'autres, il y a une situation de l'esprit qui les force à refuser toute

nourriture. Ils se croient indignes de vivre, ils sont damnés, ils veulent mourir.

A côté de ces troubles divers, j'en signalerai un qui se rattache d'une manière intime aux fonctions cérébrales : je veux parler de la dilatation des pupilles. La plupart des stupides ont les pupilles dilatées, cependant quelques-uns ont les pupilles inégales. L'atrésie pupillaire est considérée comme un signe de mauvais augure.

Si la motilité est compromise, la sensibilité, chez les stupides, ne l'est pas à un moindre degré. Dans presque tous les cas, elle présente des troubles d'une intensité variable ; il est certain que chez beaucoup d'entre eux la sensibilité est réellement abolie ou dans une sorte de sommeil. Toutes les excitations que l'on peut porter sur les divers sens ne déterminent aucune réaction apparente. Beaucoup de ces malades restent exposés au froid dans un état de nudité complète ; d'autres sont tellement indifférents, qu'on les voit se brûler contre un poêle comme des épileptiques. Il est évident que l'observateur peut se poser une question : s'agit-il d'un trouble psychique ou bien sommes-nous en présence d'une véritable obtusion de la sensibilité ? A cet égard il est un moyen certain d'obtenir une réponse. Il est une manifestation physique sur laquelle les malades ne conservent aucun empire, ce sont les actes réflexes ; or, l'un des réflexes les mieux connus, et les plus faciles à déterminer, c'est la contraction des pupilles en présence de la lumière. Or, il est des stupides chez lesquels les pupilles dilatées demeurent immobiles devant la plus vive lumière, preuve évidente qu'ils ne voient pas ou, tout au moins, que leur sensibilité visuelle est émoussée. Il en est d'autres chez lesquels on peut exciter la luette, le voile du palais, le pharynx, sans provoquer

aucun phénomène réflexe; ces organes sont paralysés comme à la suite d'une angine diphthéritique.

Enfin il est un point qui a été surtout mis en lumière par Claude Bernard : je veux parler de l'influence manifeste qu'exercent les sensations douloureuses sur la circulation artérielle. Cette modification se traduit par le sphygmographe et par le cardiographe chez tous les animaux mis en expérience. Or, chez certains stupides l'état du pouls n'éprouve plus aucune modification lorsqu'on provoque les sensations qui devraient être les plus intenses.

Il me paraît donc nettement établi que chez beaucoup de stupides la sensibilité est au moins très notablement affaiblie ; mais il est également vrai que chez quelques individus elle est conservée. Certains malades, quand on les excite, expriment par les contractions de leur physionomie une douleur vive et cependant ils ne changent pas d'attitude. Il est donc évident que la sensibilité subsiste, mais que le pouvoir de se déplacer leur manque complètement.

La motilité, la sensibilité sont troublées chez les stupides; comment pourraient-ils échapper à ces modifications profondes qui dans toutes les affections nerveuses se manifestent du côté des fonctions organiques ? Aussi voit-on chez les stupides un état particulier, qui constitue pour ainsi dire un terrain commun sur lequel tous ces malades se donnent rendez-vous.

La peau présente chez les stupides à un degré plus élevé que chez beaucoup d'autres malades ce hâle, cette teinte bistre qui paraît se rattacher à une pigmentation due à une hématose incomplète ; ils sont, en outre, très sujets à des affections cutanées diverses, et plus spécialement aux accidents gangréneux. Un caractère important qui leur appartient, au moins dans une certaine mesure, c'est l'abaisse-

ment des fonctions de calorification. Il ne s'agit pas de cette cyanose incomplète, de ce refroidissement que nous avons déjà rencontrés chez les mélancoliques; il s'agit d'un véritable abaissement de la température centrale, abaissement qui peut aller jusqu'à 2 degrés au-dessous de la normale; en effet, un thermomètre placé dans le rectum marque quelquefois 35°,5 au lieu de 37°,5. Cette défervescence est bien plus marquée lorsqu'il existe un abaissement de la température extérieure; les malades en état de stupeur semblent présenter souvent des variations de température en rapport avec celles du milieu ambiant. Ils perdent en quelque sorte et jusqu'à un certain point la qualité d'animaux à sang chaud pour se rapprocher des animaux à sang froid. Bien entendu, ces variations ne peuvent pas dépasser la limite de quelques degrés.

Le pouls présente des caractères variables; il est tantôt accéléré, tantôt retardé, mais il est toujours fort et habituellement régulier.

Parmi les fonctions qui subissent des interruptions momentanées, la digestion elle-même paraît suspendue dans beaucoup de cas. On a vu des individus alimentés par la sonde œsophagienne rendre leurs aliments deux jours après sans la moindre modification. Nous savons que dans les laboratoires de physiologie on voit s'arrêter la digestion à la suite de certaines lésions du système nerveux. Il est probable que chez les aliénés en état de stupeur, il se produit aussi une sorte de paralysie au moins fonctionnelle du pneumogastrique.

Il y a presque toujours chez ces malades une constipation des plus opiniâtres. D'ailleurs d'une manière générale, les sécrétions sont amoindries; la peau est sèche, rugueuse, il n'y a pas de trace de sueur. Cepen-

dant il est quelques exceptions à cette règle et même M. Dagonet a signalé chez un certain nombre de ces malades l'existence du ptyalisme qui les rapproche des individus en état de démence. Mais c'est là un phénomène fâcheux qui indique le passage d'une condition morbide à une autre condition plus mauvaise encore.

Au milieu de cet ensemble de phénomènes physiques qui accompagnent la stupeur, on voit quelquefois les conditions matérielles de la vie s'améliorer; le sujet reprend des couleurs, les sécrétions augmentent, les digestions deviennent meilleures, la nutrition ne languit plus, l'embonpoint revient, et c'est là un phénomène d'autant plus surprenant qu'il n'est accompagné d'aucune modification de l'état intellectuel: l'individu reste stupide; cependant c'est l'un des indices les plus significatifs en faveur d'un rétablissement prochain.

Vous trouverez peut-être, messieurs, que j'ai longuement insisté sur les phénomènes physiques de cette maladie. Il le fallait cependant pour donner leur signification aux phénomènes psychiques que nous allons maintenant étudier.

Ce qui frappe tout d'abord chez les malades en état de stupeur, c'est leur indifférence au moins relative aux objets extérieurs, au monde qui les entoure. Un homme habitué à une vie active, prenant une part considérable aux fonctions sociales, devient tout à coup indifférent, il ne s'occupe plus de ses labeurs; bientôt ce phénomène augmente d'intensité, il reste immobile pendant plusieurs jours, refuse de répondre; enfin il tombe dans la stupeur la plus complète, tout lui est indifférent.

Souvent il se passe alors un phénomène qui peut servir de thermomètre intellectuel : je veux parler de la perte du

sentiment de la pudeur ; quand on le voit disparaître, c'est un signe évident de l'obnubilation des facultés de l'esprit et de leur déchéance. Quand ce sentiment reparaît, c'est un signe très favorable et qui annonce presque toujours une guérison prochaine. J'ai connu un Anglais chez lequel ce symptôme se montra d'une façon très nette. Cet homme ne voulait pas consentir à se dépouiller de ses vêtements pour se laisser mettre au bain. Un jour il se laissa déshabiller sans résistance, et c'est alors qu'il commença réellement à tomber en état de stupeur. Bientôt il refusa de nouveau de se laisser découvrir ; c'est que la crise touchait à sa fin.

Ce qui est plus frappant encore, c'est que le stupide paraît indifférent aux dangers qui peuvent le menacer ; rien ne semble l'émouvoir ; on peut lui appliquer le mot d'Horace : *Impavidum ferient ruinæ*. Il verrait un incendie dévorer sa demeure, il ne chercherait pas la porte pour s'enfuir.

Nous savons, par les malades autrefois atteints de stupeur qui sont revenus à l'état normal, qu'il ne s'agit pas ici d'une impossibilité physique, mais d'une véritable indifférence morale. Ils habitent, pour ainsi dire, une cité imprenable contre laquelle viennent se briser les bruits de l'extérieur et au dedans de laquelle se joue quelquefois un drame épouvantable. Pénétrons donc à l'intérieur de cette intelligence et cherchons à voir ce qui s'y passe.

M. Baillarger l'a prouvé, il se produit chez plusieurs stupides une sorte de rêve accompagné d'hallucinations terrifiantes ou bizarres. On peut prendre pour type la première observation de son mémoire. Un jeune homme, soigné à l'asile de Charenton, revint à la santé après une longue période de stupeur, et c'est alors qu'il fit lui-même ces confessions si remarquables que M. Baillarger a rapportées.

Il se croyait en enfer ; Charenton était le lieu de supplice, il croyait entendre les clameurs de ses parents que l'on torturait d'une manière impitoyable ; chaque baignoire lui semblait un instrument de torture ; il croyait voir le sang couler constamment des piqûres qu'on lui avait faites.

Une autre malade, une femme, dont parle M. Baillarger, se croyait transportée dans le pays des neiges, elle vivait dans un verger exotique où des sentiers couverts de neige se déroulaient indéfiniment sous ses yeux. Une autre se figurait être constamment entourée de serpents.

Il est inutile de pousser plus loin cette analyse ; nous le savons maintenant, les malades vivent dans un monde imaginaire et ce monde se peuple d'images menaçantes, de visions effroyables, et voilà pourquoi, lorsqu'on cherche à vaincre leur résistance, on éprouve des difficultés souvent insurmontables.

D'autres stupides se trouvent dans une sorte d'impuissance qui les empêche de manifester leurs moindres volontés. Comme le disait une malade, j'ai en moi une force qui me dompte et qui me contraint de rester à ma place sans pouvoir la quitter. Il se passe là ce qui arrive souvent dans les cauchemars lorsque, voulant fuir devant une vision menaçante, on est invinciblement retenu et dans l'impossibilité de faire aucun mouvement.

Mais ce n'est pas tout ; malgré l'opinion contraire de quelques auteurs à cet égard, il existe une autre forme de mélancolie stupide, dans laquelle la pensée n'existe plus et se plonge dans cet anéantissement complet dont les bouddhistes ont fait le bonheur suprême. Je vous ai montré un malade qui nous a raconté que pendant toute la durée de sa maladie il ne pensait à rien.

Il est donc certain, d'après l'observation des faits, qu'il existe deux formes dans la mélancolie stupide : une forme active et une forme passive ; mais, je le répète encore une fois, il existe, entre ces deux états psychiques si différents, un lien commun qui les réunit ; c'est l'état physique dont nous avons donné la description plus haut.

Au milieu de cet affaissement, on voit quelquefois survenir brusquement l'agitation. Un stupide qui paraît une masse inerte va tout à coup se précipiter sur son gardien avec l'intention de l'assommer ; un autre se jette subitement sur sa belle-mère dans le but de l'étrangler. Une stupide, se trouvant dans un asile au milieu d'autres malades, s'élance sur une de ses voisines et veut l'étouffer. Elle avait cru voir un loup.

Enfin, sans parler de ces accès dont il est important de se défier, il faut se rappeler que souvent les stupides sortent de leur torpeur pour commettre des tentatives de suicide ; et le moyen dont ils se servent le plus communément, c'est le rasoir.

Il est d'autres phénomènes d'agitation qui se produisent quelquefois d'une façon brusque sans revêtir aucun caractère agressif. Un individu était resté stupide pendant plusieurs mois ; tout à coup il se lève, prend brusquement sa course et se met à courir autour du jardin pendant plusieurs heures. Le soir, il était retombé de nouveau dans sa stupeur.

On voit par là comment, chez beaucoup de malades, la stupeur peut succéder à une excitation et se voir remplacée par elle ; c'est là un fait analogue à ce qu'on appelle *la folie circulaire*.

Quelles que soient d'ailleurs son origine et ses idées délirantes, la stupeur est une maladie chronique qui se termine ordinairement par la guérison ; mais c'est surtout

lorsque la crise était due à des conditions extérieures que l'on voit le malade se rétablir peu à peu dans son intelligence et dans ses fonctions physiques.

Quand la stupeur se prolonge au-delà d'une année, le pronostic devient grave. Plusieurs signes peuvent faire présager que le malade va verser vers la démence; tels sont le silence exagéré, les troubles oculo-pupillaires; tels sont enfin certains troubles de nutrition. Enfin les sujets peuvent mourir en état de stupeur et sans l'intervention d'aucune autre cause; ils succombent alors à un affaiblissement graduel, lorsqu'une maladie intercurrente ne vient pas terminer la scène. Lorsqu'ils succombent à une affection aiguë, c'est presque toujours à une pneumonie, et celle-ci affecte le plus souvent la forme gangréneuse.

Un mot sur les principales causes de la stupeur. Je vous ai parlé de la manie et de la mélancolie, des causes morales et des traumatismes cérébraux qui peuvent donner naissance à la stupeur; je vous ai de même cité les fièvres. Mais, en dehors de ces causes générales, il faut en citer d'autres, et en particulier l'alcoolisme. La stupeur est l'une des formes de ce protée, le délire alcoolique. La stupeur aussi peut se rencontrer dans l'épilepsie. Elle est quelquefois la conséquence de la chlorose et de l'anémie; elle résulte aussi des excès génitaux et plus particulièrement de la masturbation. On voit souvent les masturbateurs tomber dans un état d'affaissement et verser graduellement, par des dégradations successives, dans la stupeur complète.

Enfin on a signalé l'influence de l'état puerpéral; c'est sans doute à cette prédisposition des femmes en couches à tomber dans l'état de stupeur qu'il faut attribuer l'opinion de certains auteurs qui croient cette forme de folie plus fréquente chez le sexe féminin.

Il me reste maintenant à vous parler d'une question des plus importantes. Il existe dans la stupeur, ou du moins chez un grand nombre de stupides, des lésions anatomiques. Depuis longtemps on a signalé, et c'est surtout à M. Etoc-Demazy que nous devons la connaissance de ce fait, de l'œdème cérébral et un état particulier des méninges; mais ce qui prédomine surtout, d'après Schüle, c'est l'anémie cérébrale. Enfin, chez les vieux stupides qui sont restés longtemps dans cet état, on rencontre une atrophie des circonvolutions et une diminution apparente de la masse et du volume du cerveau. Ces lésions, je veux bien y croire, j'en accepte l'existence, mais, je dois le dire, je les regarde plutôt comme les conséquences que comme les causes de la maladie. Il faut se rappeler comment meurent ces malades. Lorsqu'ils succombent, ils périssent soit par l'affaiblissement progressif qu'entraîne leur état, soit par une maladie intercurrente; ce sera donc la lésion terminale que nous constaterons à l'amphithéâtre. L'autopsie ne nous apprendra pas grand'chose sur les véritables lésions cérébrales; il faut donc chercher ailleurs.

Messieurs, il n'est pas d'étude plus intéressante, plus féconde et plus pratique en physiologie nerveuse que celle des phénomènes d'arrêt. Sous ce nom, on comprend une classe immense de manifestations diverses provoquées par l'excitation de certains points qui parviennent à supprimer les fonctions normales de toute une série d'organes. Prenons-en l'exemple le plus radical : je veux parler de la piqûre du bulbe rachidien. Par cette lésion, si minime en apparence, vous supprimez la manifestation de presque tous les phénomènes de la vie. Vous plongez une épingle dans une région assez peu étendue du bulbe, et vous voyez s'arrêter les phénomènes respiratoires, les actes orga-

niques et surtout les phénomènes intellectuels ; l'animal s'affaisse et ne donne plus aucun signe de vie. Dans la mort par le bulbe rachidien, on voit cependant persister les phénomènes circulatoires, et, si l'on pique une artère, on voit un flot de sang s'échapper avec force du vaisseau. Or, chez les animaux dont le cerveau ne reçoit de sang que par les vertébrales et par les carotides, on peut lier successivement ces vaisseaux ; on arrête alors l'afflux du sang vers l'encéphale, mais la perte de connaissance n'est pas immédiate ; des manifestations volontaires continuent pendant un temps encore assez long, quinze, vingt, trente secondes, tandis qu'avec la simple piqûre du bulbe, qui n'arrête pas la circulation de l'encéphale, l'animal tombe immédiatement foudroyé. Il ne s'agit donc pas d'une simple anémie cérébrale, mais d'une imbibition portant sur les fonctions les plus indispensables à la vie.

C'est là l'une des formes du phénomène d'arrêt. Mais ce n'est pas seulement par la piqûre du bulbe qu'on arrive à produire des accidents aussi prononcés. On y parvient aussi, dans bien des cas, par la piqûre du renflement lombaire de la moelle épinière.

Les troubles de cet ordre sont très nombreux. Dans beaucoup de cas, ils peuvent suspendre complètement la vie cérébrale. Je me contenterai de vous citer un fait emprunté à la pratique d'un grand médecin qui est en même temps un grand physiologiste. On a pensé, en Amérique surtout, qu'on pouvait arrêter la migraine par la galvanisation du grand sympathique. Quand la migraine est congestive, on produit ainsi un retrait des vaisseaux, et l'on supprime en même temps la cause et la conséquence. On fit un jour l'application de ce système à un malade, on appliqua les rhéophores, et on lança un courant ascendant dans le

grand sympathique cervical ; mais la machine avait touché le pneumo-gastrique et le malade se trouva foudroyé du coup. Il fallut quelques heures pour le rappeler à la vie.

Le sujet est trop vaste pour que je veuille le profaner par une étude incomplète et boiteuse ; laissez-moi seulement vous dire qu'il est toute une série de phénomènes d'arrêt auxquels il me paraît légitime de rattacher la stupeur.

Le sommeil est un état physiologique, attribué tour à tour à l'anémie ou à la congestion cérébrale, mais qui peut se produire indépendamment des modifications que subit la circulation intra-crânienne. On voit dormir, en effet, les animaux auxquels on a coupé le grand sympathique, ce qui est absolument contraire à toute idée d'anémie cérébrale, car il se produit alors une turgescence des vaisseaux. D'autre part, il est certain que la congestion seule ne peut pas produire le sommeil. Il faut donc admettre qu'il s'agit ici d'un phénomène d'arrêt, pendant lequel certaines fonctions sont suspendues au profit des autres.

Le coma se prête aux mêmes considérations ; il me serait facile de vous le prouver en vous rappelant les causes qui peuvent lui donner naissance ; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'on voit, chez certains individus, un coma périodique qui se reproduit à époques fixes, sans qu'on puisse en préciser les causes.

Dans la série des phénomènes de cet ordre nous rangerions volontiers la stupeur, qu'on pourrait définir de la manière suivante :

La stupeur est un phénomène d'arrêt, dans lequel les fonctions cérébrales sont partiellement suspendues, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique et au point de vue de l'influence que l'encéphale exerce sur le reste du corps. A cet ordre de faits, il faut rattacher la mé-

lancolie et ces troubles divers qui ne sont qu'une manifestation à un degré infime de ce que nous voyons au suprême degré chez les malades en état de stupeur.

Je m'étais d'abord proposé de réunir ici les indications qui régissent le traitement de la mélancolie et de la stupeur. Mais c'est surtout à cette dernière maladie que devront s'appliquer les considérations qui vont suivre.

Il faut attribuer ici une haute importance au traitement moral ; car, puisque les causes morales ont une influence si profonde sur notre état physique et sur les phénomènes habituels qui se passent dans l'encéphale, il est naturel d'employer ces mêmes moyens pour le rétablissement de la santé. L'importance de ce traitement ne saurait être exagérée, même dans l'état de stupeur. Rappelez-vous d'ailleurs que chez beaucoup de lypémaniaques vos encouragements ont une influence que le malade ressent et s'efforce de dissimuler.

J'ai connu une malade atteinte de mélancolie, qui résistait aux efforts longtemps prolongés de son médecin. Quand celui-ci était parti, elle se mettait à parler de ce qu'il venait de lui dire, mais en ayant soin de recommander aux personnes qui l'entouraient de ne pas l'avouer au docteur. Il ne faut donc pas toujours mesurer les effets obtenus aux effets apparents ; les stupides eux-mêmes ne sont pas insensibles aux impressions morales, comme on pourrait le croire.

Sous ce rapport, on ne saurait exagérer l'influence salutaire de l'isolement. Chez la plupart des malades, l'entourage a une influence déplorable, et il est souvent la cause déterminante de l'accès. Supprimez cet entourage, et vous aurez déjà réalisé la moitié du traitement. Telle

est la première et la principale utilité de la séquestration dans une maison de santé.

Mais, si l'on s'en tenait à des moyens de cet ordre, on ne remplirait qu'à moitié les indications thérapeutiques ; il faut donc s'attacher aussi aux moyens hygiéniques ; il faut donner à l'individu une nourriture riche en matières protéiques et l'imposer au besoin par l'introduction de la sonde. On donne alors du bouillon, du vin, et mieux encore des peptones ou des œufs sous forme liquide. Ces détails peuvent sembler minutieux, mais ils n'en ont pas moins une réelle importance.

Restent les moyens médicaux proprement dits. Au point de vue pharmaceutique, les médicaments qu'il faut placer en première ligne, ce sont les calmants. En effet, si la stupeur et la mélancolie sont des phénomènes d'arrêt, rien n'est plus important que d'abolir cet obstacle au fonctionnement cérébral ; à cet égard, il est une série de remèdes qui m'ont toujours rendu de très grands services : ce sont les bromures alcalins ; je ne parle pas seulement de la mélancolie, mais aussi de la stupeur. Vous avez là entre les mains un excellent moyen, qui ne me paraît pas suffisamment employé par les médecins aliénistes.

Il est un autre calmant de la plus haute importance : ce sont les bains prolongés, dans lesquels on peut laisser les malades pendant plusieurs heures consécutives. Enfin on peut employer les bains sinapisés (1) et les autres moyens de révulsion cutanée. Les moyens narcotiques propre-

(1) J'ai l'habitude, pour administrer les bains sinapisés, d'introduire de 2 à 3 kilogrammes de farine de moutarde dans un grand bain à 28 degrés centigrades. On y laisse le malade de cinq à dix minutes. Il faut avoir soin de garnir les parties génitales, pour éviter une irritation insupportable.

ment dits, l'opium, la morphine, sont contre-indiqués. Le premier indice de succès que vous obtiendrez, ce sera le retour du sommeil, presque toujours aboli ; quand vous aurez fait dormir les malades, vous les aurez mis sur le chemin de la guérison.

Il faut aussi fortifier les stupides, leur administrer des toniques amers; on leur prescrira le fer dans les cas où l'anémie semble réclamer ce médicament. Enfin il est souvent utile de corroborer ce traitement par l'alcool.

L'emploi des purgatifs est souvent indiqué, mais nous n'en abuserons pas comme le faisaient les anciens ; nous ne donnerons pas de purgatifs drastiques, mais on pourra, avec beaucoup de ménagements, employer l'aloès et les purgatifs de cet ordre.

Il est enfin un dernier point qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est la nécessité de la persévérance, qui est plus indispensable en médecine mentale que partout ailleurs.

ONZIÈME LEÇON

DE LA MANIE.

Sommaire. — Définition de la manie. — Elle est un symptôme et non une maladie. — Début brusque. — Début insidieux. — Stade de mélancolie. — Période prodromique. — Période d'état. — Délire maniaque. — Incohérence. — Automatisme cérébral. — Surexcitation de certaines facultés. — Loquacité. — Troubles affectifs. — Erotisme. — Fureur maniaque.

Troubles de la sensibilité. — Indifférence au froid et à la chaleur. — Hyperesthésie. — Troubles de la vue.

Troubles de la motilité. — Besoin exagéré de mouvement. — Abus de la force. — Absence du sentiment de la fatigue.

Insomnie. — Pouls accéléré. — Respiration accélérée. — Température. — Etat des sécrétions. — Etat des fonctions digestives. — Voracité; sitophobie. — Constipation. — Amaigrissement. — Différence entre la manie et l'agitation maniaque.

Messieurs,

Jusqu'ici ce sont les formes dépressives de l'aliénation mentale qui ont attiré toute notre attention. La mélancolie, avec ses nombreuses variétés, puis le délire des persécutions et la stupeur, ont été successivement l'objet de nos études.

Il s'agit maintenant de nous transporter à l'autre extrémité de l'échelle symptomatique. Il faut nous occuper de ces états caractérisés par une violente surexcitation des facultés cérébrales et qui sont, aux yeux du vulgaire, le véritable type de la folie. La littérature et le drame nous représentent habituellement l'aliéné sous les traits d'un homme en proie à l'agitation la plus violente, criant, frappant,

chargé de chaînes ; et voilà pourquoi, en présence d'un délire tranquille, les gens du monde ont une peine infinie à se convaincre qu'il s'agit d'un cas de folie.

La manie, dont le nom est depuis longtemps synonyme d'aliénation mentale (la première édition du traité de Pinel est intitulée : *De la manie ou aliénation mentale*), la manie, telle que la décrivent les aliénistes aujourd'hui, est constituée par un délire généralisé, avec une vive surexcitation de l'intelligence et un besoin tumultueux de mouvement. Tels sont les trois caractères essentiels de cet état morbide. Pour les maniaques, courir, parler, crier, agir d'une manière quelconque devient un besoin irrésistible, et cette exubérance même est le caractère primordial de la maladie. Il ne faut pas s'attendre, en effet, à trouver ici des idées fixes ; la donnée essentielle de la manie est au contraire la mobilité.

C'est assez vous dire qu'il ne s'agit ici que d'un symptôme, d'un état mental particulier et non d'une affection distincte. La manie se rencontre, en effet, dans un grand nombre d'affections diverses.

Comment devient-on maniaque ? Quelquefois, et c'est le cas le plus rare, la manie offre un début brusque. Provoquée par une frayeur subite, par un *traumatisme moral*, elle éclate tout à coup et atteint rapidement son paroxysme. On la voit aussi se manifester brusquement à la suite d'excès alcooliques ou vénériens qui ont dépassé la mesure.

L'un des plus beaux exemples de manie à début rapide est celui qu'a cité Pinel. Un jeune homme, doué d'une grande fortune et d'un goût exagéré pour les recherches scientifiques, s'enferme dans son laboratoire ; il surchauffe cette retraite et s'y entoure de toutes sortes d'excitations. Après quelques jours de cette vie, il était en proie à un dé-

lire furieux de l'espèce la plus violente et on était forcé de l'interner dans un asile.

Ce mode de début est peu fréquent, et d'une manière habituelle il existe une période prodromique dont le point de départ est impossible à fixer. Cette période peut durer de quelques jours à plusieurs mois, et presque toujours elle affecte les allures de la dépression et, comme l'a dit ce grand précurseur de nos aliénistes modernes, cet observateur si remarquable qu'on appelle Arétée, la mélancolie est une partie intégrante de la manie.

Ce n'est pas sans raison que Guislain avait formulé cet axiome : « Toute affection intellectuelle commence par un stade de mélancolie. » Vraie d'une façon générale, cette proposition ne l'est cependant pas d'une manière absolue. Il est des cas où le malade entre directement par l'excitation dans la folie.

Quoi qu'il en soit, c'est par un trouble particulier, et dont l'aliéné a généralement conscience, que débutent le plus souvent les accidents maniaques. Le sujet devient triste, abattu ; il cherche à s'isoler ; il abandonne ses occupations ; son esprit, troublé et affaibli, ne lui fournit pas les éléments indispensables au travail intellectuel.

A cette prostration morale se joint souvent une grande agitation physique. Le besoin de mouvement qu'il éprouve est le premier degré de l'excitation qui doit survenir plus tard.

Le contraire peut cependant avoir lieu, et chez quelques malades on rencontre une prostration physique qui les maintient quelquefois au lit pendant de longues semaines.

Peu à peu l'agitation se prononce et la physionomie générale de l'individu se transforme. Il est inquiet, turbulent, excité ; il se livre quelquefois alors à des écarts de conduite

absolument étrangers à ses habitudes. Il se permet des excès de tout genre, il s'abandonne à des dépenses exagérées, il semble avoir perdu le sens moral. C'est le point de départ de l'excitation qui doit conduire à un délire mieux accentué.

Des troubles d'ordre physique viennent compléter ce tableau. Il y a quelquefois de la céphalalgie chez ces malades, et ce phénomène, sans être aussi fréquent qu'on l'a prétendu, se rencontre assez souvent pour mériter d'être signalé.

La dyspnée qui se montre au début chez certains maniaques, peut quelquefois offrir une assez grande intensité.

Mais un fait capital, qui domine plus encore dans la manie que dans les autres formes de l'aliénation mentale, et qui semble une conséquence naturelle de l'agitation dans laquelle les malades sont plongés, c'est l'insomnie.

A ces accidents purement physiques, il faut joindre une vague impression de terreur qui pèse souvent sur l'aliéné et dont il ne parvient pas à se délivrer.

Souvent le malaise du début s'accompagne de troubles digestifs, d'un état saburral de la langue; et même, ainsi que l'observe Esquirol, on constate parfois un véritable mouvement fébrile.

Enfin, le délire éclate, et lorsqu'une fois il s'est manifesté, le sujet ne s'appartient plus. Une fois entré en pleine manie, il présente une exaltation générale de toutes les facultés; l'intelligence, l'imagination, la mémoire, les forces musculaires, les fonctions digestives, tout semble participer à l'état révolutionnaire dans lequel sont plongés les centres nerveux.

Rien ne peut donner une idée de l'excitation que subissent toutes les facultés chez les maniaques. C'est un déluge d'idées, un torrent d'images et de souvenirs, qui envahissent le champ de la pensée; et c'est surtout ici que nous

voyons se produire, au degré le plus élevé, ce phénomène dont Esquirol a fait le signe caractéristique de la folie : je veux parler du défaut d'attention. Le malade est incapable, en effet, de fixer son esprit sur un objet quelconque, même pendant un court instant. C'est que la rapidité avec laquelle se succèdent les idées est l'un des caractères principaux de l'agitation maniaque; elle peut être prise chez beaucoup de sujets pour de l'incohérence, et cependant ce serait une erreur de croire ces malades privés de la faculté du raisonnement et de supposer que tout syllogisme est exclu de leur esprit. La vérité, c'est que, chez le maniaque, les idées s'attirent suivant les lois normales de l'association des idées ; mais l'esprit fait des sauts, des bonds ; il franchit plusieurs chaînons de la série. Voilà pourquoi le malade paraît incohérent. Comme le disait Falret, les maniaques font des ellipses ; ils ressemblent en cela à certains écrivains, à certains orateurs, chez qui le travail de la pensée est plus prompt que sa manifestation extérieure; ils deviennent obscurs et difficiles à comprendre; et c'est un phénomène du même genre qui se produit chez nos malades, en tenant compte, bien entendu, de l'intervalle immense qui sépare l'état normal d'une perturbation aussi profonde.

Cependant, chez quelques maniaques, on rencontre véritablement de l'incohérence; les idées ne se suivent plus et la logique a complètement perdu ses droits; le malade est alors dans un état cérébral grave qui présente une signification pronostique très fâcheuse. En effet, de deux choses l'une : ou bien c'est une maladie qui finit, ou bien c'est une maladie qui commence; tantôt c'est un maniaque qui verse dans la démence, tantôt c'est une paralysie générale qui débute avec les symptômes de l'exaltation maniaque.

En général, si l'on interroge avec soin un maniaque en

le prenant dans des conditions favorables, on parvient à trouver certaines idées, certaines conceptions qui forment le centre autour duquel gravite le tourbillon intellectuel. Les uns sont atteints de folie religieuse, les autres de délire ambitieux, d'autres sont des inventeurs, les plus ennuyeux de tous les aliénés. Mais vous ne trouvez point chez eux la perte du syllogisme, qui constitue, après tout, ce qu'il y a de plus fondamental dans l'esprit humain.

En raison de cette mobilité excessive, les malades changent de sujet à chaque instant et avec une facilité merveilleuse; et, si vous n'apportez pas la plus grande attention dans votre interrogatoire, vous courez vous-même le risque de perdre le fil des idées. Il existe chez ces sujets, selon l'expression de M. Baillarger, un véritable automatisme cérébral et, comme dans le sommeil et les rêves, les conceptions intellectuelles surgissent brusquement et spontanément, sans être évoquées par un travail antérieur de l'esprit ni par un effort de la volonté.

Souvent, à la suite de cette perturbation générale, se montre une activité extraordinaire de certaines facultés intellectuelles; c'est ainsi que la mémoire peut offrir une puissance vraiment singulière.

On voit souvent le maniaque se rappeler, avec une précision surprenante, les moindres détails de sa vie passée et de ses études antérieures.

En même temps, il existe une exaltation manifeste de l'imagination, qui fournit en abondance des combinaisons imprévues et des images nouvelles. Le don de la parole semble aussi résulter quelquefois de cette excitation générale. Un homme très ordinaire devient subitement d'une éloquence remarquable; il emploie des tournures très heureuses, il parle avec un bonheur d'expressions tout à fait

singulier; il s'élève réellement au-dessus de lui-même et paraît sortir un instant de sa condition.

Malheureusement on voit souvent le revers de la médaille. La plupart de ces malades n'offrent qu'une loquacité intarissable qui leur sert à exprimer des idées banales; ils vomissent des injures et lancent les obscénités les plus grossières.

On peut se demander si, dans le cours de ce trouble général, l'intelligence est seule atteinte. Si, pour l'entourage, ce sont les conceptions délirantes qui attirent l'attention, il est une autre série de perturbations qui semble s'attaquer aux racines mêmes de l'être moral : c'est la perversion des sentiments et le trouble des affections les plus naturelles.

Souvent l'on constate, longtemps avant tout autre phénomène d'ordre psychologique, une surexcitation de tous les penchants, bons ou mauvais. Le malade passe avec la plus grande rapidité des uns aux autres : tantôt ce sont des sentiments tendres, tantôt, au contraire, des instincts pervers. Mais le point par lequel il reste toujours semblable à lui-même, c'est l'exagération; tout, dans ses expressions, est porté jusqu'à la dernière puissance, et, ce qui est plus important encore, le malade passe subitement des paroles aux actes; des coups succèdent aux injures et le désordre des idées s'accompagne de violences sans aucun motif.

Il se présente souvent un développement excessif de certains instincts. Le délire érotique, si fréquent chez les maniaques, se fait surtout remarquer chez les femmes par le contraste qu'il présente avec leur retenue habituelle. La propension au vol, la tendance à l'homicide, sont des manifestations morbides de ce tumulte intellectuel. En un mot, il existe constamment chez les maniaques des tendances qui exigent la plus grande surveillance.

Un pareil état peut vous sembler violent, cependant il existe un état plus violent encore ; je veux parler de la fureur maniaque.

Comme l'a dit Esquirol, il ne faut pas confondre les maniaques avec les furieux ; pour que le maniaque entre en état de fureur, il faut une cause d'excitation ; parfois cette exaspération se manifeste d'une manière en apparence spontanée, mais le plus souvent elle provient d'une contrariété, d'une contrainte et, à l'époque où les malades étaient traités avec moins de douceur que maintenant, les accès de fureur maniaque étaient bien plus fréquents qu'ils ne le sont aujourd'hui.

La fureur est, comme le dit Marcé, la colère du maniaque. Elle est caractérisée par une crise d'une violence exceptionnelle ; les yeux étincellent, la figure rougit, la physionomie devient menaçante : le furieux pousse des cris terribles, brise tout ce qui est à sa portée, mord les personnes qui l'approchent et se précipite contre les murs. Comme l'a fait observer M. Calmeil, certains malades profèrent subitement des mots, des phrases, qu'ils ne prononcent jamais dans un autre moment. La crise est habituellement suivie par une période d'abattement, pendant laquelle l'aliéné est plus calme que d'habitude.

Il me reste à vous dire quelques mots de ces phénomènes qui tiennent le milieu entre l'esprit et le corps, et qui doivent nous servir de transition. Je veux parler des hallucinations, des illusions et des troubles des divers organes des sens.

Vous connaissez le peu d'importance que nous attachons à la distinction entre les illusions et les hallucinations. Cependant, pour nous conformer aux données de l'observation clinique, nous dirons, avec tous les auteurs, que chez les

maniaques les illusions sont plus fréquentes que les hallucinations.

Les fausses perceptions de la vue sont celles qui, d'une manière générale, prédominent ici. Mais il faut ajouter que, chez les maniaques, on rencontre des troubles sensoriels qui ne sont ni des hallucinations ni des illusions, mais de véritables troubles physiques. Nous sommes donc amenés à nous occuper de l'état de la sensibilité chez ces malades.

La sensibilité peut être modifiée, soit par l'anesthésie, soit par l'hyperesthésie, soit par la perversion des sens. L'anesthésie est surtout développée à la surface de la peau. Les malades jouissent en général de l'intégrité des sens supérieurs; ni la vue ni l'ouïe ne sont abolies; elles sont quelquefois surexcitées, tandis qu'il se produit un abaissement notable de la sensibilité cutanée. Cette perversion se manifeste surtout par une indifférence complète au froid et à la chaleur. Pinel a rapporté l'histoire d'un malade qui se roulait tout nu dans la neige. Un des exemples les plus remarquables de ce genre d'insensibilité est celui de Théroigne de Méricourt, dont Esquirol nous a conservé l'histoire clinique. Vous connaissez tous le rôle joué pendant la Révolution française par cette courtisane célèbre, qui exerça pendant quelque temps une influence politique considérable. Plus tard, elle devint aliénée et fut internée à la Salpêtrière, où elle continua à manifester sa fureur contre les modérés. Le fait le plus singulier de son histoire, c'est l'habitude qu'elle avait prise, par les temps les plus sévères, de puiser de l'eau glacée à la fontaine pour la jeter dans son lit. Après avoir ainsi opéré elle se couchait dans cette mare humide, et lorsqu'on cherchait à lui imposer une couche plus hygiénique, elle entrait en fureur. Elle resta ainsi dix ans à la Salpê-

trière et pendant tout ce temps elle ne ressentit aucun inconvénient de ce genre de vie.

Si les maniaques sont insensibles au froid, ils le sont souvent aussi à la chaleur; ils se brûlent sans exprimer le moindre malaise. Quant aux coups, ils n'ont pas l'air de les sentir. Cette insensibilité presque absolue peut expliquer l'abus de la violence que l'on constate souvent chez eux. Un homme d'une vigueur moyenne briserait peut-être cette table d'un coup de poing s'il n'était retenu par la crainte de la douleur: les maniaques ne sont pas arrêtés par des considérations de ce genre; c'est là peut-être le secret de leur force.

Un fait non moins remarquable, c'est leur répulsion pour toute espèce de vêtements; ils déchirent constamment leurs habits et l'on voit plusieurs d'entre eux se promener dans un état de nudité complète. Il s'agit peut-être d'un malaise vague accompagné, chez certains d'entre eux, d'un certain degré d'hyperesthésie cutanée.

A côté de l'anesthésie nous trouvons en effet l'hyperesthésie. Chez certains maniaques, on constate une acuité extrême de la vue et de l'ouïe; la lumière et le bruit sont pour eux des causes d'excitation manifestes, et voilà pourquoi l'obscurité et le silence sont au nombre des moyens thérapeutiques qui leur réussissent le mieux.

Il faut joindre à ces symptômes les névralgies très intenses qu'il n'est pas rare d'observer chez ces malades.

Enfin, il est des troubles divers qui offrent un caractère tout particulier et doivent se lier à des perturbations cérébrales.

Beaucoup de maniaques sont sujets à de la diplopie; certains d'entre eux présentent un phénomène plus typique et moins fréquent, c'est la perte du sens des dimensions des objets, qui leur paraissent tantôt plus grands,

tantôt plus petits que nature. Chez d'autres, c'est une sorte d'erreur d'appréciation. Souvent, au cours d'un accès de manie, le malade prend une fenêtre pour une porte; voilà pourquoi tant de fous furieux se jettent par la croisée, croyant sortir de leur appartement par le chemin le plus ordinaire.

Il existe un autre phénomène encore plus singulier que l'on rencontre quelquefois chez les maniaques : c'est le trouble visuel qui consiste à voir les objets renversés; on dirait que l'opération cérébrale qui consiste à redresser les images qui vont se peindre sur la rétine, est suspendue chez ces malades. C'est là un phénomène étrange dont je ne chercherai pas à vous donner l'explication.

A côté de ces troubles de la sensibilité, il existe une surexcitation extraordinaire de la motilité; je ne parle pas ici de ce besoin de mouvement qui peut passer pour un symptôme d'irritation cérébrale; mais il est incontestable qu'il y a chez eux une exagération manifeste de la force musculaire. On les enveloppe d'une camisole de force, ils la déchirent sur-le-champ, et l'on a vu des aliénés de cette espèce se rompre les muscles ou plutôt s'arracher des insertions musculaires, dans la violence de leurs efforts. Il semble exister surtout chez eux une absence totale du sentiment de la fatigue. On voit des femmes délicates hurler, s'agiter pendant des mois entiers, sans prendre un instant de repos.

Cependant il faut bien dire que l'excès de force que l'on attribue aux maniaques n'est pas toujours aussi considérable qu'on l'a prétendu.

Esquirol, en France ; Ludwig Meyer, Griesinger et plusieurs autres auteurs en Allemagne, ont montré combien il était facile de se faire illusion à cet égard. Les malades

développent toute la force qu'ils ont; ils se croient capables de tout briser et se jettent tête baissée contre les obstacles sans aucune hésitation. Mais plusieurs d'entre eux présentent un affaiblissement musculaire réel.

Les maniaques ont souvent la voix rauque dès le début de leur affection; il ne s'agit pas là des effets de la fatigue, mais plutôt d'un trouble de l'innervation du larynx.

Parmi les phénomènes du même genre, il faut noter l'insomnie, signe évident de l'excitation crérébrale. On voit des sujets qui, pendant de longues périodes, ne paraissent pas avoir dormi une minute et qui cependant continuent leurs exercices sans désemparer un seul instant.

Terminons cette description par l'énumération de quelques autres signes physiques qui caractérisent encore la manie. Au début de l'accès, le pouls est précipité, la figure devient vultueuse; plus tard, le pouls redevient calme et la figure rentre dans les conditions normales. La respiration est de même plus fréquente pendant l'accès.

Mais ce sont surtout les troubles de la calorification qui sont faits pour nous surprendre. Ces malades, dont l'état extérieur se rapproche de la fièvre la plus intense, présentent une température normale et même cette température aurait une certaine tendance à descendre un peu au-dessous du chiffre physiologique. D'après Ludwig Meyer, l'abaissement serait d'un demi-degré. Quelquefois, dans l'excitation maniaque, on trouve au contraire une légère élévation de température; d'après Westphal, cette élévation pourrait être de 1 degré; presque toujours alors, il s'agit d'un début de paralysie générale. Comme vous le voyez, c'est là un élément de diagnostic très précieux. Il nous paraît difficile de poursuivre ces expériences d'une façon continue, et

chez un assez grand nombre de sujets l'agitation des malades s'y oppose.

Les sécrétions sont altérées; elle offrent en général une abondance et une fétidité remarquables. Les sueurs exhalent cette odeur de souris qui a été donnée comme la caractéristique générale de l'aliénation mentale, et qui n'est pas le résultat de la malpropreté, car elle existe même chez ceux qui reçoivent les soins les plus attentifs.

Au reste, les maniaques ont l'habitude de satisfaire immédiatement et sans aucun scrupule leurs besoins naturels, même pendant qu'on les interroge. C'est là un trouble moral, car d'une manière habituelle ils ne présentent aucune paralysie des sphincters; les matières ne s'écoulent pas contre leur volonté.

La salive est très abondante et en même temps fétide; chez certains malades, la sialorrhée marque le début des accès.

Presque toujours, l'haleine est infecte, ce qui s'explique à la fois par les troubles digestifs, par l'état de la bouche et par celui des sécrétions.

Chez les femmes, on voit souvent la menstruation se supprimer; souvent aussi la santé revient volontiers quand le flux meustruel se rétablit.

Les digestions des maniaques sont rapides, et même ils ont un appétit vorace qui les fait se précipiter sur les aliments et les engloutir à la manière des animaux.

Ils sont en général constipés; certains d'entre eux présentent de la dyspepsie et même refusent les aliments; cette répulsion peut aller jusqu'à la sitophobie, et l'on ne sait s'il faut attribuer cette horreur des aliments à l'anorexie, au goût désagréable qu'ils ont dans la bouche, à des hallucinations ou à des idées délirantes.

En général, au commencement, les maniaques présentent les attributs extérieurs d'une merveilleuse santé : la face est animée, les yeux sont brillants, les couleurs sont vives ; mais tous ces avantages vont disparaître plus tard, et cette modification est annoncée par une diminution dans le poids du corps. Souvent, au début de la manie, on voit le poids augmenter ; mais presque toujours, au bout d'un certain temps, l'amaigrissement se produit et devient rapide.

Dans d'autres formes de folie, on a signalé des phénomènes du même genre. Il faudrait pouvoir se livrer à des observations très prolongées pour obtenir sur ce point des résultats indiscutables.

Rappelons enfin l'état de la peau chez les maniaques : elle est flasque, sa coloration est brune, et son état de sécheresse contraste parfois avec avec les sueurs abondantes que l'on observe dans d'autres cas de folie.

Tels sont les caractères de la manie proprement dite ; mais, quand on pénètre dans un quartier d'agités, on constate de la manière la plus frappante qu'il existe au moins deux grandes catégories de malades : les uns sont des maniaques tels que je viens de vous les décrire ; d'autres, au contraire, présentent un tableau bien distinct ; ils sont atteints, non de manie proprement dite, mais d'excitation maniaque. C'est là un état bien distinct, et c'est à l'excitation maniaque que je me propose de consacrer ma prochaine leçon.

DOUZIÈME LEÇON

DE L'EXCITATION MANIAQUE.

Sommaire. — Définition de Falret. — Surexcitation générale des facultes de l'intelligence. — Surexcitation des mauvais instincts. — Surexcitation intellectuelle. — Malades impossibles à vivre.

Phénomènes physiques. — Besoin perpétuel de mouvement. — Exaltation des sensations génitales, surtout chez les femmes. — Manie de la destruction.

Etat physique. — Insomnie, sensation de bien-être, sorte de turgescence vitale. — Diminution de poids. — Les hallucinations sont rares chez ces malades.

L'excitation maniaque n'est qu'un symptôme. — Elle est souvent le premier terme de la folie circulaire ou de la paralysie générale. — Elle peut être un symptôme de l'hystérie.

Traitement de l'excitation maniaque. — Isolement. — Moyens pharmaceutiques. — Bains tièdes prolongés et courants galvaniques.

Messieurs,

Dans la leçon précédente, je vous ai tracé le tableau de la manie aiguë ; j'ai cherché à vous en indiquer la marche, à en préciser les caractères, à définir la forme de délire qui lui est propre, à vous montrer les phénomènes physiques qui l'accompagnent d'une maniere à peu près constante.

Je vais maintenant aborder l'histoire d'un état pathologique qui se rapproche, par bien des côtés, de celui qui vient de faire l'objet de nos études et qui pourrait, au point de vue purement psychologique, être considéré comme un premier degré, comme un stade inférieur de la manie pro-

prement dite ; je veux parler de l'excitation maniaque.

Je crois que l'on doit réserver une place à part à cette forme de l'aliénation mentale et ne pas la confondre avec la manie. Montrer les différences et les analogies qui réunissent ces deux états sera, je l'espère, un moyen nouveau de vous prouver que, dans l'étude de ces formes diverses du délire, ce sont des collections de symptômes et non pas des maladies proprement dites que nous trouvons devant nous.

L'excitation maniaque, comme la manie aiguë, lorsqu'elle résulte d'une prédisposition morbide et non d'un accident imprévu, débute le plus habituellement après un stade de dépression analogue à cette période mélancolique qui caractérise la manie aiguë. Cette période une fois terminée, on voit éclater un état particulier dont nous diviserons les manifestations en deux ordres : les troubles intellectuels et les phénomènes purement physiques.

Qu'est-ce que l'excitation maniaque? Les définitions sont toujours difficiles à formuler ; c'est un écueil sur lequel se brisent les esprits les plus réfléchis et les plus vigoureux, et lorsqu'il s'agit d'un phénomène aussi variable dans ses manifestations que l'excitation maniaque, notre embarras est encore plus grand. Je me contenterai donc de vous rappeler la définition de Falret, qui me paraît convenir à la plus grande partie des cas. Ce qui caractérise cet état intellectuel, cette forme de psychose, c'est la surexcitation générale de toutes les facultés, le désordre des actes, sans trouble manifeste de l'intelligence. Nous allons apprécier les différents termes de cette définition en cherchant à les justifier.

On rencontre, chez les excités maniaques, une surexcitation générale de toutes les facultés de l'intelligence, et

surtout une exagération singulière de ses manifestations extérieures; à cette excitation générale se joint une mobilité d'idées, qui cependant ne va pas jusqu'à l'incohérence. Il existe en même temps une pertubation morale qui porte les malades à des actes extravagants et quelquefois coupables.

Mais, au milieu de ce tumulte intellectuel, il subsiste un certain degré de logique, qui domine la situation et empêche les malades de tomber dans l'absurdité complète. Examinés superficiellement, ils ne semblent pas présenter de délire au premier abord, et souvent on peut s'entretenir longtemps avec eux sans saisir de conceptions délirantes. Telle est, en pareil cas, l'une des sources les plus fécondes des dissentiments qui éclatent si souvent entre la famille du malade, les amis qui viennent le visiter, les autorités chargées de l'interroger et le médecin qui s'occupe du traitement. Observant le sujet avec une attention soutenue pendant un long espace de temps, l'aliéniste acquiert souvent des preuves manifestes de délire, qui échappent à des visiteurs moins exercés et moins attentifs. Le malade, qui se plaint volontiers de son entourage, et surtout de son médecin, parle souvent avec une grande élégance, avec beaucoup de recherche, ou tout au moins son élocution est très facile; et c'est un tel homme, s'écrie-t-on, que l'on veut faire passer pour fou!

On est souvent frappé de l'étendue de leur esprit, de l'originalité de leurs conceptions, de la hardiesse de leurs pensées. Chez beaucoup de ces malades, l'inspiration naturelle, l'excitation morbide de l'intellect supplée au défaut d'éducation ; on a vu des paysans s'exprimer en leur patois avec une véritable éloquence. Mais, si l'on s'attache à suivre pendant quelque temps la conversation de ces sujets, on est frappé de la violence des sentiments qu'ils expriment ; chez eux, tout semble exagéré ; pour eux, le

monde tout entier se divise en amis et en ennemis, et la balance penche bien plus du mauvais que du bon côté. En général, s'il faut caractériser leur état dans son ensemble, ils paraissent éprouver beaucoup de satisfaction d'eux-mêmes, ils se trouvent bien sous tous les rapports, leur situation générale est extrêmement favorable. Telle est la tendance qu'ils manifestent lorsqu'ils ne sont pas contrariés.

Cette disposition au bien-être et au contentement devrait les porter à la bienveillance ; cependant elle ne détruit en rien leurs mauvais instincts ; ce sont des individus très dangereux ; ils sont à chaque instant portés à lancer des accusations mensongères contre ceux qui les entourent ; ils s'adressent aux autorités ; ils enveniment avec art leurs calomnies et les font souvent accepter comme l'expression de la vérité. Non seulement ils accusent les autres, d'une manière générale, de leur en vouloir et de les persécuter, mais ils précisent souvent leurs imputations et leur impriment une gravité exceptionnelle.

L'une des accusations qu'ils se plaisent le plus volontiers à formuler, est celle d'immoralité, et comme l'excitation maniaque est plus fréquente dans le sexe féminin, l'entourage de ces malades est exposé aux imputations les plus insensées. Il est des femmes qui, sous l'empire de ces excitations morbides, accusent nominativement certaines personnes de les avoir violées, ou tout au moins d'avoir tenu des propos inconvenants à leur égard, d'avoir cherché à les séduire; et ce qui est plus grave, elles parviennent souvent à inspirer une conviction indestructible aux principaux intéressés, et en particulier à leur mari. C'est là un danger contre lequel le médecin, appelé à leur donner des soins, devra toujours se tenir sur ses gardes.

On ne saurait se faire une idée de l'habileté vraiment in-

fernale avec laquelle certaines de ces malades se plaisent à semer leurs calomnies, cherchant à créer partout des dissensions, à fomenter des querelles, à faire le mal pour le mal.

A côté de ces phénomènes, où la surexcitation des mauvais instincts joue un rôle si manifeste, on en voit d'autres qui semblent relever uniquement de l'intelligence.

Parfois les malades se livrent à des dépenses exagérées et fort au-dessus de leur fortune : ils s'engagent dans des affaires qu'ils ne peuvent terminer, ils forment des projets insensés, ils énoncent des propositions paradoxales qui n'ont que le temps d'éclore et sont immédiatement remplacées par d'autres. Cette mobilité de leur caractère est un supplice pour les gens sains d'esprit, qui sont condamnés à vivre avec eux.

D'autre part, on voit se manifester un développement excessif de certaines facultés intellectuelles, et en particulier de la mémoire; et rien ne contribue davantage à perpétuer l'erreur qu'on commet à leur égard, en refusant obstinément de croire à leur maladie. Rien n'est plus fréquent dans la pratique que de voir une mère s'écrier : « Mais, monsieur, mon fils n'est pas fou ; au contraire, il est plus intelligent que jamais, et sa mémoire est extraordinaire.» La seule réponse à faire serait alors celle-ci : « C'est justement parce que votre fils a trop de mémoire qu'il est aliéné. » En effet, le développement excessif des facultés est déjà la preuve de leur surexcitation morbide.

Certains de ces malades récitent, avec une correction parfaite, de longs fragments des auteurs classiques, qu'ils avaient depuis longtemps oubliés ; les plus minimes détails de leurs études leur reviennent à l'esprit et ils se rappellent avec précision les moindres faits de leur vie passée.

Les facultés créatrices de leur intelligence sont également surexcitées au plus haut point, et, de même qu'ils inventent des calomnies, on les voit manifester dans toutes les directions possibles cette exubérance de conceptions. Quelques-uns composent avec beaucoup de verve des pièces de théâtre et d'autres productions littéraires, mais la bizarrerie de certaines conceptions montre bien qu'il s'agit, en définitive, de cerveaux fêlés.

D'autres excités se livrent à des combinaisons gigantesques destinées à faire leur fortune et à révolutionner le monde. Celui-ci prépare des spéculations financières qui doivent lui procurer rapidement une immense fortune; celui-là veut créer un journal universel, qui contiendra à lui seul plus de documents que tous les autres et se vendra à un prix inférieur, ce qui annulera tous les autres organes de la presse et le rendra maître absolu de la publicité dans le monde entier. Un troisième expose des inventions mécaniques qui doivent transformer l'industrie. Enfin rien n'est plus commun chez ces sujets que la manie versificatrice : ils inondent des pages entières de leurs élucubrations poétiques, et c'est l'une des manifestations de leur activité morbide. La qualité, il est vrai, n'est pas toujours en rapport avec la quantité de leurs productions. Leurs vers ont souvent un pied de trop et n'en marchent pas mieux.

Il semble que ces individus, doués d'une intelligence si vive, si aiguisée, et d'une excitation d'esprit si manifeste, doivent être des causeurs charmants; c'est là une erreur profonde; ce sont des bavards insupportables et rien au monde n'est plus fatigant que de subir cette conversation stérile qui fatigue l'attention sans la rassasier; et cependant ils ont souvent une facilité particulière pour saisir les défauts et les travers des personnes qui les entourent et

pour les mettre vivement en lumière. Aussi celui qui cause avec eux pendant quelques minutes les trouve très spirituels et très amusants ; il suffit de les voir plus longtemps pour les apprécier à leur juste valeur.

Quand cet état se prolonge, les malades sont impossibles à vivre ; rien ne peut les contenter. On empêche leurs facultés de se développer, disent-ils; ils sont toujours méconnus, toujours sacrifiés.

Ils sont souvent très impolis et, d'autre part, ce qui est en quelque sorte le complément de leur état, ils sont susceptibles à l'excès et la moindre plaisanterie devient à leurs yeux une faute impardonnable.

A côté de ces troubles intellectuels, on observe des phénomènes d'un ordre plus nettement physique. Les malades éprouvent un besoin perpétuel de mouvement ; ils font de nombreuses visites et ils vont relancer toutes leurs anciennes connaissances. Il m'est arrivé souvent d'être consulté par des personnes qui ne savaient comment se débarrasser d'aliénés de cette espèce.

Beaucoup de ces individus (surtout ceux auxquels leur fortune permet de faire certaines dépenses) ont la manie des voyages. J'ai connu une dame qui vivait depuis de longues années dans un état d'excitation maniaque et qui éprouvait de temps en temps un besoin irrésistible de faire un voyage. Elle partait pour Nice ou pour Bordeaux ; mais, à peine arrivée, elle reprenait le train de Paris et rentrait chez elle après avoir satisfait son désir.

Ce besoin d'agitation survient quelquefois d'une manière absolument inattendue. Tel malade se lève au beau milieu de la nuit pour aller se promener à la campagne. Fait curieux, même lorsqu'ils sortent ainsi pendant l'hiver, à moitié habillés, ils ne s'enrhument jamais.

Je vous ai déjà signalé une partie de l'état moral qui caractérise ce genre d'aliénation; mais il est des troubles de nature psychique qui ont un caractère mieux défini. D'abord et avant tout, et c'est le point le plus important à connaître, ces malades sont des menteurs sans aucune espèce de vergogne; rien ne leur est plus facile que de fabriquer une histoire que leur intelligence alerte entoure de toutes les circonstances qui peuvent la rendre vraisemblable.

Des idées ambitieuses viennent souvent brocher sur le tout. Les uns se figurent être des descendants de familles royales, les autres se disent attachés à des individus très haut placés.

Aux idées ambitieuses vient plus d'une fois se joindre un délire religieux. Le malade est l'apôtre d'une religion nouvelle, il veut aller partout réformer le monde et fonder des ordres monastiques. Krafft-Ebing rapporte l'histoire d'une femme dont l'ambition se bornait à devenir *la cuisinière d'un curé;* elle espérait ainsi se rapprocher du ciel.

Beaucoup de ces sujets se livrent à des actes répréhensibles et qui frisent la culpabilité. Il en est qui volent; il en est, principalement chez les hommes, qui se livrent à l'ivrognerie avec fureur; ils s'abandonnent à ces goûts dépravés, non par habitude, mais par suite de leur état mental.

Chez un grand nombre de ces aliénés, les sensations génitales sont très exaltées.

Le plus souvent, il ne s'agit pas de phénomènes physiques, mais de véritables idées délirantes qui pivotent autour de ce centre et décrivent une circonférence plus ou moins étendue. Il serait facile d'en multiplier les exemples; mais ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que bien souvent une impuissance absolue accompagne ces

rêveries lubriques, et que bon nombre de ces malades seraient absolument incapables d'accomplir les prouesses dont ils aiment à se vanter; mais il n'en est pas toujours ainsi, et, des idées, ils peuvent quelquefois passer aux actes. Aussi faut-il toujours les surveiller de très près, d'autant plus qu'ils ont souvent un goût prononcé pour des pratiques contre nature.

Un grand nombre d'entre eux s'adonnent avec fureur à la masturbation. J'ai connu un jeune Espagnol qui passait sa vie à se livrer à cet acte. On le surveillait avec soin; il prétextait le sommeil et se retirait dans son appartement en disant à son gardien : « Allez-vous-en, j'ai besoin de dormir. »

Ainsi l'exaltation maniaque s'accompagne d'excitation sensuelle chez les hommes *quelquefois*, et chez les femmes *toujours*. Il n'est point de femme en état d'excitation maniaque qui n'ait en même temps de l'excitation sensuelle. Cette disposition se manifeste, chez un grand nombre d'entre elles, par la coquetterie et quelquefois par des costumes excentriques, des toilettes ridicules. Ces préoccupations se trahissent aussi par des lettres adressées à divers individus, par la recherche de la société des hommes et, quelquefois même, par la recherche de la société des femmes.

Souvent aussi, cette exaltation se traduit au dehors par d'interminables dissertations sur la chasteté, sur le bonheur de la vie religieuse. Toutes les fois qu'une malade en état d'excitation maniaque vous tiendra de pareils discours, soyez certains que, sous ce masque, se cache un fonds d'excitation lubrique.

Pour achever de peindre l'état intellectuel et moral de ces sujets, il faut noter la manie puérile de la destruction. Souvent ils ne se livrent pas à des actes de violence contre

les personnes; mais ils cassent une glace, déchirent des vêtements et, lorsqu'on leur montre ce qu'ils ont fait, ils éclatent de rire comme des enfants mal élevés.

A côté de ces phénomènes intellectuels et moraux se place un état physique particulier. Sans doute, cet état n'est pas aussi caractéristique que celui des vrais maniaques, mais il est assez spécial pour montrer de quelle classe de malades il s'agit.

D'abord, ce qui caractérise ces aliénés, c'est l'insomnie, mais une insomnie relative. Beaucoup d'entre eux ne dorment que quelques heures par nuit, d'autres sont obligés de quitter leur lit pour aller se promener.

En même temps, on note cette sensation de bien-être qui s'accorde avec certaines modifications de l'état physique. On rencontre souvent chez les excités maniaques, et surtout chez les femmes, une physionomie plus pleine, plus animée, plus jeune, des couleurs plus vives, une sorte de turgescence vitale. En même temps, les forces musculaires augmentent; ils sont infatigables, ils sont constamment en mouvement, jamais ils ne paraissent éprouver le besoin du repos.

Mais, ce qui trahit d'une manière évidente le trouble de leur état physique, c'est que, malgré leur appétit et leurs bonnes digestions, ils diminuent assez rapidement de poids. Il y a donc chez eux un véritable amoindrissement physique, qui contraste avec les autres phénomènes que nous venons de décrire.

Chez ces malades, il est très rare de rencontrer des hallucinations; je ne prétends pas qu'ils soient absolument à l'abri de ces perturbations sensorielles, mais ce sont alors, pour ainsi dire, des hallucinations avec conscience et non pas des erreurs dans lesquelles le jugement est compromis.

Il ne faut point considérer comme une illusion cette tendance qu'ils ont, ainsi que la plupart des aliénés, à prendre pour des connaissances tous les individus qu'ils rencontrent; c'est plutôt une conception délirante qui découle directement de l'agitation intellectuelle.

Il est des aliénés chez lesquels cet état peut durer la vie tout entière; ils ne versent jamais dans la démence. C'est alors la manie raisonnante; mais, le plus souvent, cette excitation maniaque n'est pas un symptôme indépendant; elle fait partie d'un drame dont elle ne constitue que le premier acte; dans ce cas, l'excitation est le premier terme de la folie circulaire.

Lorsqu'il ne s'agit pas de ces deux maladies, l'excitation maniaque appartient le plus souvent à la folie intermittente. Dans ce cas, le malade s'agite pendant un certain temps et revient plus tard à son état normal; la maladie est alors quelquefois justiciable du sulfate de quinine.

C'est surtout dans la folie hystérique que l'on observe ce symptôme; l'excitation maniaque fait partie des manifestations intellectuelles de cette grande névrose. On sait que d'une manière générale l'état mental des hystériques est une forme de la psychose que je viens de vous décrire.

L'excitation maniaque est très souvent le premier stade de la paralysie générale. C'est l'une des mille formes que présente le délire dans cette maladie à manifestations si variables. Dans cette forme particulière, il n'y a pas de stade mélancolique; les malades forment des projets; ils se lancent dans des spéculations hasardeuses, et très souvent, comme le fait remarquer M. Lasègue, ils réalisent une très grande fortune pendant cette période, heureux s'ils tombent dans l'impuissance avant de pouvoir détruire ce qu'ils ont édifié.

Ce qui caractérise essentiellement la manie des paralytiques généraux, c'est qu'au milieu de ces phénomènes de surexcitation intellectuelle, on voit souvent apparaître des absurdités, des contradictions ridicules; c'est ainsi que vous pourrez diagnostiquer cette maladie et ne point la confondre avec d'autres qui en sont bien différentes.

En général, la durée de la période d'excitation chez les paralytiques n'est pas très considérable; c'est par là qu'elle se distingue de la manie proprement dite; il suffit donc d'attendre la fin de ce délire pour voir apparaître les premiers phénomènes du côté de la motilité, qui sont la vraie caractéristique de la paralysie générale.

Il me resterait à vous parler du diagnostic entre l'excitation maniaque et l'épilepsie, mais cette étude nous entraînerait trop loin et j'aime mieux réserver ce chapitre pour l'époque où nous étudierons spécialement cette névrose.

Disons quelques mots du traitement. Bien que l'excitation maniaque ne soit qu'un symptôme, elle comporte parfaitement l'emploi de moyens thérapeutiques spéciaux. Comme dans beaucoup d'affections mentales, mais surtout dans la manie, le premier de tous les remèdes, c'est l'isolement. Il s'agit d'enlever le malade à son entourage, aux personnes qui l'irritent; il faut surtout éloigner les individus qui sont l'objet de son aversion.

En second lieu, il s'agit de modifier son état. On doit, autant que possible, écarter des malades toute cause d'excitation morbide, empêcher les excès alcooliques, réprimer les excitations sensuelles. L'abus auquel il est le plus facile aux malades de se livrer, c'est la masturbation; et ce n'est pas ici le cas d'appliquer le principe de la non-contrainte.

Chez les malades de cette espèce, les calmants réussis-

sent moins que chez les mélancoliques, et il ne faut pas employer l'opium et la morphine, qui font ici plus de mal que de bien. Quant aux bromures alcalins, ils ne sont guère utiles que pour combattre l'excitation génésique. Contre l'insomnie, on emploie surtout le chloral.

Il nous reste enfin deux moyens très actifs de traitement : d'abord les bains tièdes prolongés pendant plusieurs heures ; de cette manière, on obtient souvent une amélioration très notable ; puis ensuite des courants galvaniques lancés à travers la masse encéphalique. Il ne faut user de ce dernier remède qu'avec de grandes précautions.

TREIZIÈME LEÇON

DU DÉLIRE AIGU.

SOMMAIRE. — Délire aigu, manie suraiguë. — Le délire aigu peut éclater dans le cours de diverses affections aiguës : pneumonie, fièvre typhoïde, typhus pétéchial, état puerpéral. — Il peut être provoqué par le rhumatisme, la goutte, l'abus de l'alcool, de l'opium; par des maladies cérébrales ou spinales. — Délire nerveux des opérés.

Le délire aigu peut éclater en dehors de toute autre maladie. — Ses causes. — Causes prédisposantes. — Causes physiques. — Causes morales.

Symptômes. — Période d'invasion. — Insomnie. — Perte d'appétit. — Amaigrissement.

Période d'état. — Agitation des plus intenses. — Hallucinations presque toujours terrifiantes.

Troubles de la motilité. — Embarras de la parole. — Exagération des réflexes. — Paralysie des mouvements. — Sitophobie. — Hydrophobie.

Période de dépression. — Somnolence. — Mussitation. — Fuliginosités. — Pétéchies. — Extases. — Phénomènes congestifs. — Altération de la physionomie.

Terminaisons. — Mort ou guérison. — Dans ce dernier cas, récidives fréquentes. — Lésions anatomiques. — Pronostic et traitement.

MESSIEURS,

C'est à la description de la manie et de l'excitation maniaque que nous avons consacré les leçons précédentes, et nous sommes amené, pour compléter la série, à nous occuper d'une question qui présente avec celles que nous avons étudiées les rapports les plus intimes ; nous voulons parler du délire aigu (1).

(1) Dans l'état actuel de nos connaissances, le délire aigu doit être

Messieurs, il existe un état des plus violents, un état qui s'accompagne d'un appareil symptomatique des plus graves, et qui présente avec la manie des analogies tellement manifestes, qu'il a été considéré par M. Baillarger comme une manie suraiguë. C'est qu'en effet les troubles intellectuels constituent sinon la totalité, du moins la partie la plus apparente de cet ensemble morbide; et cependant il n'est pas douteux que bien souvent il échappe au cadre trop étroit des psychoses pour traverser la frontière de l'aliénation mentale et rentrer dans le domaine de la pathologie ordinaire. C'est là, certainement, une des principales difficultés de la question ; c'est assurément l'une des conditions qui ont le plus contribué à l'obscurcir.

On a vu des malades entrer à l'hôpital avec tous les caractères d'une manie des plus prononcées et des plus furieuses, à tel point qu'on songeait à les transférer dans un asile d'aliénés, lorsque bientôt un examen plus attentif a fait découvrir une pneumonie. Grisolle cite des faits de ce genre dans son *Traité de la pneumonie ;* vous en trouverez également dans deux thèses sur le délire aigu dans cette affection, soutenues par MM. Judée et Moreau.

Il est intéressant de citer la pneumonie, parce qu'elle passe, à tort peut-être, pour le type le plus franc d'une affection organique. Il est curieux de voir une lésion aussi grossièrement matérielle donner lieu à un complexus symptomatique qui rentre, par certains côtés, dans le cadre de l'aliénation mentale.

considéré comme une véritable maladie, comportant des lésions anatomiques bien définies. La place de cet article serait donc ailleurs, car il ne s'agit plus ici d'un état général, tel que la manie et la mélancolie ; mais c'est pour nous conformer à l'usage généralement reçu, que nous plaçons la description du délire aigu à la suite de la manie et de l'excitation maniaque.

Mais il n'en est pas seulement ainsi dans la pneumonie; on voit des phénomènes de ce genre se produire dans la fièvre typhoïde. Vous savez que le délire de la fièvre typhoïde ressemble parfois à la manie aiguë de la façon la plus complète. C'est en pareil cas que l'on a si souvent commis des erreurs de diagnostic et que l'on a fait transporter dans des asiles des malades à l'autopsie desquels on trouvait bientôt les altérations habituelles des plaques de Peyer.

Ce qui existe pour la fièvre typhoïde s'est montré également pour une maladie presque inconnue dans notre pays, mais fréquente en Angleterre, ainsi que dans le nord de l'Europe et de l'Amérique; je veux parler du typhus pétéchial, qui offre des analogies si nombreuses avec la dothiénentérie.

Il est d'autres affections d'un caractère tout différent qui peuvent donner lieu à la manifestation du délire aigu. On voit se développer dans l'état puerpéral, surtout chez les femmes dont l'accouchement a été laborieux et pénible, une manie suraiguë, qui ne diffère en rien de celle que nous avons observée chez les aliénés.

L'alcool, les diverses substances capables de provoquer des folies toxiques, le rhumatisme, la goutte peuvent conduire à des manifestations du même genre. Dans l'extrême Orient, c'est l'opium qui joue le rôle de l'alcool, et vous savez combien sont fréquents les accidents cérébraux causés par les abus de cette substance.

Enfin il n'est pas douteux que des maladies cérébrales, telles que la méningite et l'encéphalite, ou des maladies spinales, peuvent donner naissance à tous les symptômes du délire aigu; et c'est incontestablement à cet ensemble de faits, qu'ils avaient bien observés, sans pouvoir les in-

terpréter, que les anciens avaient donné le nom de *phrenitis* ou de *phrénésie*.

De ces phénomènes, on peut encore rapprocher le délire nerveux des opérés, cette forme de délire particulier que vous connaissez tous, qui survient après de grands traumatismes et que Dupuytren attribuait à une intoxication particulière. Nous savons aujourd'hui que ce délire nerveux traumatique ne se développe que chez des sujets prédisposés, surtout chez des alcooliques.

Après avoir fait largement la part de ces délires symptomatiques ou sympathiques, nous restons encore en présence d'un résidu considérable. Il est un fait d'une vérité incontestable, c'est que, en dehors de toute autre maladie, le délire aigu peut éclater, soit chez des aliénés, soit chez des sujets qui jusqu'alors avaient joui d'une santé parfaite. C'est à l'étude des faits de ce genre que je désire consacrer cette leçon, me réservant d'étudier plus tard la question avec tous les développements qu'elle comporte.

Il est un premier point qui me paraît offrir une importance exceptionnelle. C'est une notion qui domine l'ensemble du problème et sans laquelle il est impossible d'arriver à une connaissance vraiment systématique du sujet; cette notion, la voici : le délire aigu n'éclate jamais ou presque jamais que chez les individus prédisposés.

D'abord, en ce qui concerne les aliénés eux-mêmes, ce délire se manifeste surtout chez les maniaques et chez les mélancoliques, et principalement chez ces derniers; on l'observe fréquemment aussi dans les cas de manie aiguë et de folie circulaire; mais il est plus intéressant de l'étudier chez les individus qui n'ont encore présenté aucun signe d'aliénation mentale.

Parmi les causes pouvant alors déterminer l'apparition du délire aigu, nous citerons en première ligne l'hérédité, dont l'influence est incontestable. Viennent ensuite les lésions physiques, dont on reconnaît souvent l'existence en recherchant les antécédents du sujet. On apprend par exemple que le malade a reçu un coup sur la tête, qu'il a subi une insolation, qu'il a été atteint d'une fièvre typhoïde ou d'une autre affection dont les empreintes se retrouvent dans son organisme cérébral. Chez presque tous ces sujets, quelques lambeaux de l'intelligence ont été arrachés par une affection antérieure. Une autre cause, des plus fréquentes, c'est la misère, l'inanition, la privation des choses nécessaires à la vie ; c'est la lutte pour l'existence soutenue dans de mauvaises conditions. On peut alors trouver des traces d'un affaiblissement général qui porte sur l'encéphale comme sur les autres parties de l'économie.

Chez d'autres enfin, il s'agit de causes morales, de chagrins prolongés. L'influence des excès de toute sorte est incontestable. Dans cet ordre d'idées, on peut citer les excès alcooliques, les excès vénériens et surtout les excès de travail intellectuel. On a vu des jeunes gens frappés de délire aigu en préparant un concours ou un examen difficile. Je vous signalerai de même les accouchements répétés, pénibles, et revenant à des intervalles trop rapprochés ; les femmes peuvent alors tomber dans une faiblesse qui devient parfois la cause de l'état qui nous occupe. C'est une des raison pour lesquelles tous les auteurs signalent la plus grande fréquence du délire aigu dans le sexe féminin.

C'est dans ces conditions, c'est surtout chez des sujets déjà préparés, déjà prédisposés, déjà invalides de corps et d'esprit, que les premiers symptômes de la maladie se manifestent. Vous lirez dans tous les auteurs que le délire

aigu peut éclater d'une façon soudaine; cela est vrai en apparence; mais toutes les fois qu'on peut obtenir des renseignements du malade ou le surprendre dans la période préparatoire, on constate l'existence de certains prodromes. Quoi qu'il en soit, admettons que le délire aigu puisse éclater d'une manière subite : il n'en est pas moins vrai que dans la grande majorité des cas il existe une période d'invasion.

Tout d'abord le champ de l'intelligence est envahi par une sorte de brouillard, de tristesse, d'inquiétude; les malades se plaignent surtout d'une grande difficulté de penser; le travail intellectuel est pour eux beaucoup plus pénible qu'il ne l'a jamais été.

A ces phénomènes vient se joindre une céphalalgie très vive; il semble aux malades que leur tête va éclater; ils croient avoir des bouillonnements dans le crâne. Ils ressentent des battements artériels violents et quelquefois sont pris de vertiges.

Il est des sujets qui renchérissent en quelque sorte sur ces symptômes; ils éprouvent des troubles visuels, de l'amblyopie, ils ont enfin de la surdité.

Au milieu de ce désordre physique et moral, on voit se manifester de tristes pressentiments. Deux malades observés par Krafft-Ebing avaient eux-mêmes prévu qu'ils allaient succomber à des maladies cérébrales graves.

En même temps, on voit apparaître les premiers indices du délire proprement dit. Conservant un certain degré de connaissance et se rendant compte de son état, le malade s'observe, il diminue, il cache son délire, comme le font tant d'autres fous. Il cherche la solitude, il parle tout seul, à voix basse; c'est l'éternel monologue de l'aliénation mentale qui commence. Il caresse déjà des concep-

tions délirantes, mais il conserve assez d'empire sur lui-même pour les dissimuler à tous les regards. Souvent il continue à remplir ses fonctions habituelles, à s'acquitter de ses devoirs sociaux. Voilà pourquoi on est quelquefois très étonné de voir certains individus se lancer tout à coup dans un délire aussi violent qu'imprévu; mais, en prenant alors des renseignements auprès de leurs proches, on peut apprendre que déjà depuis longtemps ils offraient des signes de troubles intellectuels.

Trois grands phénomènes accompagnent presque toujours cette période. Le premier est le plus important, car il est rare de le voir manquer au début d'une folie quelconque, c'est l'insomnie. Les malades ne dorment pas, ou lorsqu'ils dorment, c'est d'une façon intermittente et pendant une courte durée de temps ; le sommeil est entrecoupé par des rêves pénibles, et fréquemment les malades se lèvent la nuit pour se promener.

A côté de ce symptôme vient s'en placer un autre qui appartient au même ordre d'idées : c'est la perte de l'appétit, quelquefois même la répulsion pour les aliments, répulsion qui prendra plus tard un caractère plus manifeste.

Enfin un troisième phénomène qui pourrait être considéré comme le résultat des deux premiers, c'est l'amaigrissement, la perte de poids, la déchéance des grandes fonctions de la vie végétative.

S'il existe une période prodromique si nettement caractérisée chez les malades qui ne sont pas atteints d'aliénation mentale, à plus forte raison cela s'observe-t-il chez les aliénés. Un maniaque agité devient de plus en plus agité, de plus en plus maniaque, et c'est par une transition insensible qu'il va tomber dans un état de délire aigu. Un

mélancolique va passer par des idées dépressives de plus en plus terrifiantes, et il versera un beau jour dans la folie suraiguë.

Mais les prodromes sont terminés, le délire éclate. Une agitation des plus intenses, un bouillonnement tumultueux des facultés intellectuelles en sont les caractères principaux. Le sujet crie, saute, pousse des imprécations ; il se frappe la tête contre les murs ou l'enfonce dans ses oreillers. Il présente dans ses discours l'incohérence la plus complète, il lance des interjections, il profère des mots sans suite. L'enchaînement dans les idées est ici remplacé par une sorte d'analogie portant sur la consonance des syllabes; il prononce des phrases rythmées, il déclame des vers et pousse quelquefois des cris inarticulés. Les paroles sont entrecoupées à chaque instant par des actes purement physiques ; il souffle avec effort par la bouche ou par le nez, il crache, et ses crachats sont purement salivaires.

Il existe cependant chez les sujets atteints de cette maladie des conceptions délirantes se rattachant souvent aux souvenirs de la vie antérieure, aux travaux, aux idées qui ont pu occuper le malade avant l'explosion de son délire ; mais plus souvent encore elles paraissent le résultat d'hallucinations qui viennent en quelque sorte fournir un point d'appui matériel aux désordres, aux perturbations de l'esprit.

Le plus souvent ces hallucinations sont terrifiantes ; c'est la mort universelle, les ténèbres. Les malades voient partout des ruisseaux de sang, du poison, le feu, les flammes; ils se croient en enfer, ils sont damnés. Ils ont souvent perdu le sentiment de leur propre existence ; ils s'écrient quelquefois : Je n'ai jamais existé, je ne suis pas dans le monde.

S'il est indispensable de constater la nature des troubles

psychologiques, il n'est pas moins nécessaire de s'attacher à l'étude des phénomènes physiques, qui exercent dans cette variété de délire une influence plus grande que partout ailleurs.

On a constaté souvent chez ces malades une accélération énorme du pouls (140 pulsations). Ces faits ont été signalés par Abercrombie, par Calmeil et beaucoup d'autres auteurs; le pouls est en même temps petit, souvent irrégulier, facilement dépressible. On a quelquefois rencontré un phénomène inverse, le ralentissement du pouls; un médecin danois, Jensen, a observé un homme chez lequel le chiffre des pulsations tombait à 56. En outre, il existe des modifications de la température, qui est presque toujours élevée; on a vu le thermomètre atteindre 41 degrés, et même dépasser ce chiffre.

A côté de ces phénomènes se présentent les troubles de la motilité. On observe d'abord un état convulsif qui dans ses manifestations les moins violentes paraît se rattacher à un état intellectuel, mais qui devient bientôt plus intense. Le malade s'agite; souvent on observe des grimaces, des grincements de dents, des crampes, des troubles convulsifs de toute espèce. Quand ces phénomènes acquièrent une intensité plus remarquable, on croit voir se produire de véritables décharges électriques.

Souvent, à côté de ces manifestations morbides, on voit se développer un embarras de la parole qui semble quelquefois résulter de la sécheresse de la bouche, mais qui dans l'immense majorité des cas se relie directement à l'état cérébral.

L'un des faits les plus remarquables que nous présente le délire aigu, c'est l'exagération des réflexes. On a vu se produire chez certains malades, qu'on essayait d'alimenter

par la sonde œsophagienne, de véritables convulsions, quelquefois suivies de mort. En même temps il se manifeste d'autres phénomènes du même ordre ; il y a une exagération évidente de la sensibilité, qui porte à la fois sur la sensibilité tactile et sur les sens spéciaux.

On constate aussi dans beaucoup de cas des paralysies du mouvement, qui portent tantôt sur les muscles du pharynx (déglutition), tantôt sur le voile du palais (nasonnement), tantôt enfin sur l'articulation des sons ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce dernier point.

Si nous examinons les fonctions de la vie végétative, nous y trouvons des désordres de même nature. Chez beaucoup de ces malades on voit apparaître de la sitophobie, soit parce que des hallucinations terrifiantes leur montrent des objets repoussants, soit parce qu'ils ont la crainte de trouver des mets empoisonnés.

Chez certains d'entre eux, cette répulsion est beaucoup plus prononcée pour les aliments liquides que pour les aliments solides ; c'est alors une véritable hydrophobie. Cependant certains caractères permettent de la différencier de l'hydrophobie ordinaire ; on ne voit point se produire ici les accidents spasmodiques qui, chez les enragés, sont déterminés par les points brillants ou le contact des liquides. Ce trouble est lié à une perte complète de l'appétit et à un amaigrissement très prononcé, qui en quelques jours va transformer complètement la physionomie du malade.

Si la vie se prolonge assez longtemps, car la mort peut survenir dès les premiers jours, on voit succéder à cette excitation morbide une période de dépression dont je ne puis vous donner une idée meilleure qu'en la comparant à celle de la fièvre typhoïde. On voit l'excitation intellectuelle être remplacée par de la somnolence ; on voit ce délire

agité, excessif, qui caractérisait la première période de la maladie, être remplacé par de la mussitation. Les lèvres, la langue, les gencives deviennent fuligineuses et, phénomène fort grave encore, on voit se développer des pétéchies, des ecchymoses, des eschares; on voit chez quelques-uns un affaissement de l'impulsion cardiaque. Des accidents congestifs se manifestent en divers points : il y a de la congestion pulmonaire, de la congestion rénale; il n'est pas rare de rencontrer de l'albumine dans les urines.

Nous voyons ainsi tomber l'un des caractères sur lesquels un aliéniste des plus distingués, M. le docteur Dumesnil, avait fondé le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et le délire aigu.

En effet, l'albuminurie n'est pas obligatoire dans la fièvre typhoïde, et l'on peut, nous venons de le voir, la rencontrer chez les sujets atteints de délire aigu.

Des troubles intestinaux peuvent aussi se montrer; la constipation est un caractère presque constant de la période d'excitation; au contraire, la diarrhée survient souvent dans la période adynamique.

Ces phénomènes sont loin de se suivre toujours dans l'ordre régulier que je vous ai indiqué. D'abord, dans le cours du délire aigu, qui peut durer plusieurs semaines, on voit souvent se produire des rémissions et des exacerbations, rémissions qui font croire à une guérison prochaine et trompent non seulement l'entourage du malade, mais aussi le médecin lui-même.

Mais, pendant que ces oscillations font varier la physionomie de la maladie, celle-ci n'en suit pas moins son cours; on voit peu à peu l'agitation céder la place à un assoupissement de plus en plus intense. La physionomie s'altère, elle prend une expression sinistre; le délire si exu-

bérant, si furieux, des premiers jours se transforme en une mussitation sourde. L'impulsion cardiaque s'affaiblit, le pouls devient irrégulier et la vie s'éteint sans secousses.

C'est ainsi que succombent la plupart des sujets, mais il ne faut point oublier que le délire aigu peut offrir des formes diverses ; tantôt c'est l'excitation, tantôt c'est la dépression qui prédomine, et Schüle s'est appuyé sur ces variations symptomatiques pour décrire une forme mélancolique, une forme maniaque et une forme mixte du délire aigu. Sans doute il existe en clinique des variétés plus ou moins accentuées de cette maladie ; mais au fond il n'existe qu'un seul et même délire aigu, qui peut varier quant à son début, quant à sa marche et à ses terminaisons, mais qui reste toujours la même maladie.

La terminaison du délire aigu n'est pas toujours la mort ; on peut en guérir, et lorsque la guérison doit se faire, on voit l'agitation délirante se calmer, on voit revenir le sommeil ; enfin deux caractères se réunissent pour faire espérer un pronostic favorable : le malade ne refuse plus les aliments et l'intelligence reparaît ; les forces reviennent et le malade se trouve rétabli en deux, trois ou quatre semaines.

Malheureusement, chez les sujets qui ont eu un accès de délire aigu, rien n'est plus fréquent que d'observer des récidives ; souvent les accès reviennent plusieurs fois de suite, pour se terminer enfin par la mort. Quelques aliénistes ont signalé comme terminaison la démence, mais c'est là bien certainement un fait très exceptionnel.

Cherchons maintenant à préciser les lésions anatomiques qui caractérisent le délire aigu, et sachons d'avance nous résigner à un aveu pénible et reconnaître que souvent il n'existe aucune lésion appréciable chez les sujets qui ont

succombé à cette maladie. Dans la description que nous allons tracer, laissant de côté ces cas négatifs, nous chercherons à résumer les données positives que nous fournit à cet égard la science.

Les observateurs plus anciens, Trélat et M. Calmeil, insistent sur l'absence de toute altération anatomique. Un auteur plus récent, M. le docteur Thulié, dans la thèse si remarquable qu'il a consacrée au délire aigu, considère cette affection comme une simple anémie cérébrale, une sorte d'inanition.

Les auteurs allemands, Schüle, Leidesdorf, Krafft-Ebing, sont beaucoup plus affirmatifs et paraissent subir l'influence de l'école somatique. Ils affirment de la façon la plus nette, et en même temps la plus compromettante, que le délire aigu n'est qu'une hyperhémie cérébrale.

Ne pouvant méconnaître l'authenticité des observations dans lesquelles aucune altération de ce genre n'a été rencontrée, ils font observer que les signes de l'hyperhémie sont souvent effacés et oblitérés par un œdème survenu dans les derniers jours de la vie. Alors on constate une stase veineuse avec gonflement du cerveau et saillie des circonvolutions, de telle sorte que, même en ce cas, la maladie ne serait point totalement exempte de lésions.

Reprenons maintenant l'étude des données positives que nous fournit l'anatomie pathologique dans les cas où il y a réellement des altérations morbides.

En premier lieu, on constate dans les couches périphériques de l'encéphale et dans ses enveloppes une congestion des plus manifestes; la dure-mère est fortement tendue par la masse encéphalique, dont le volume a augmenté ; on voit une injection capillaire des plus évidentes, occupant non seulement la surface du cerveau et des méninges et sur-

tout de la pie-mère, mais encore celle des ventricules. Souvent cette injection gagne la moelle épinière, où elle occupe surtout la substance grise centrale.

Il est une lésion dont tout le monde reconnaît l'existence, ce sont des traînées blanchâtres à la surface du cerveau, qui ne sont pas un simple accident; elles résultent d'un engorgement des vaisseaux lymphatiques. Le microscope nous apprend, en effet, qu'une accumulation de leucocytes et quelquefois de globules rouges se produit souvent dans la gaine lymphatique, et que de petites extravasations peuvent avoir lieu dans le parenchyme cérébral.

Des altérations analogues se rencontrent dans la pie-mère, qui, comme nous l'avons vu, présente des traces évidentes d'injection capillaire. Enfin, les ventricules, et surtout le quatrième, participent à cette hyperhémie et renferment souvent un peu de sérosité rougie par des cellules lymphatiques abondantes, et des globules rouges de sang.

La congestion capillaire s'accompagne d'une stase veineuse sur laquelle nous avons insisté tout à l'heure et qui donne lieu à une turgescence générale de la masse cérébrale. Aussi, lorsque pour faire l'autopsie on enlève la boîte crânienne, le cerveau a-t-il de la tendance à s'échapper de ses enveloppes.

Mais ces signes déjà bien évidents d'hyperhémie peuvent atteindre un degré bien plus élevé; la lésion se traduit alors par des caractères encore plus prononcés.

Dans certains cas, la substance corticale offre une coloration rougeâtre que l'on a comparée à celle de l'améthyste (Schüle). Des altérations du même genre peuvent se rencontrer dans la pie-mère; il en résulte parfois des adhérences de cette membrane à la substance corticale, et l'on s'est demandé si les faits de ce genre n'appartenaient point

à des paralysies générales méconnues. Le hasard nous a permis de réunir dans ces derniers temps, à la clinique, trois autopsies de délire aigu, et dans ces trois cas il existait des adhérences des plus manifestes. Nous ne voulons point toutefois trancher ici la question, qui mérite un examen plus approfondi.

Le plus souvent, après l'ablation de la pie-mère, la substance grise des circonvolutions présente à sa surface un fin piqueté vasculaire, qui se montre d'abord à la partie moyenne de la substance grise, gagne ensuite la couche profonde, et s'étend en dernier lieu jusqu'à la couche externe. D'après M. Briand, les couches externes et moyennes sont souvent atteintes seules, ce qui prouverait que l'injection de la substance grise n'est point due primitivement à l'irritation méningitique.

Une altération fréquente de la substance grise est la teinte hortensia, signalée par M. Calmeil. Ce changement de coloration coïncide avec une stagnation manifeste des globules rouges dans les capillaires. Elle serait due, d'après Pauly, à la transsudation des matières colorantes du sang.

Les noyaux de subtance grise centrale s'injectent en même temps que la substance corticale.

Les circonvolutions cérébrales offrent un état œdémateux, accompagné d'une production plus abondante du liquide céphalo-rachidien.

Comme la substance grise, la substance blanche présente par places une coloration rougeâtre.

Jehn a trouvé le long des vaisseaux des granulations pigmentaires et des noyaux ronds, granuleux, plus petits que les globules sanguins. Il signale dans la névroglie une augmentation de noyaux. Les cellules ganglionnaires ont perdu leur forme arrondie; certaines d'entre elles subissent

la dégénérescence graisseuse, et des vides marquent la place de celles qui ont complètement disparu.

La moelle et ses enveloppes subissent assez souvent un processus pathologique identique. Dans un cas cité par Jehn, les cordons postérieurs présentaient au microscope une lésion particulière. L'examen des tubes nerveux dans le sens longitudinal les montrait inégalement épaissis et ne laissant point échapper de myéline.

Parmi les lésions signalées sur d'autres points du corps, nous indiquerons surtout la rougeur en coup de pinceau observée au-dessus des valvules sigmoïdes, au niveau de la courbure de l'aorte, par MM. Magnan et Briand. Enfin, M. Briand a trouvé des bactéries dans l'urine et des microbes dans le sang. Ces dernières altérations se rapportent évidemment à l'état typhoïde qui prédomine dans certains cas de délire aigu ; mais ce serait une singulière exagération que d'en faire la lésion caractéristique de cette maladie.

En présence de cet ensemble de lésions anatomiques, il paraît difficile de nier l'existence des lésions matérielles dans le délire aigu. Il est des cas où elles sont peu prononcées ; mais, lors même qu'elles auraient complètement disparu chez certains malades, nous nous trouverions placés dans les mêmes conditions que pour beaucoup de maladies dont la nature organique n'est mise en doute par personne et dont les altérations peuvent souvent disparaître après la mort. Ce qui est incontestable, c'est que chez les malades atteints de délire aigu on trouve un ensemble de lésions constituées par la stase veineuse, la gêne de la circulation dans les vaisseaux lymphatiques et un œdème de la substance grise des centres nerveux. Reste à savoir si les lésions que l'on observe à l'autopsie sont la cause ou simplement la

conséquence de l'état mental. Vous voyez qu'il y a là matière à discussion.

Le *pronostic* du délire aigu est nécessairement grave; c'est, dans l'ordre des maladies mentales, l'une des affections les plus formidables qu'il nous soit donné d'observer. Cependant la guérison n'est point impossible et elle se rencontre, dit-on, dans certains cas. Cette proportion, pour être considérée comme l'exacte expression de la vérité, devrait être établie sur un ensemble de faits parfaitement authentiques et dégagés de tout élément étranger.

Le rôle de la thérapeutique n'est donc pas absolument nul, et nous allons essayer d'en formuler les bases.

Comme dans la manie aiguë, les calmants et les antiphlogistiques réussissent assez mal. Cette observation s'applique surtout à la saignée, l'un des traitements les plus dangereux et dont on a le plus abusé, comme le fait justement observer M. Thulié.

Cependant Krafft-Ebing rapporte un cas dans lequel quelques sangsues appliquées derrière les oreilles auraient calmé les manifestations délirantes; mais il ne faut pas jouer avec des instruments aussi dangereux.

Nous en dirons autant de l'opium et de ses dérivés; on a certainement abusé de ces narcotiques dans toutes les formes de vésanie et spécialement dans le délire aigu. Sans doute, les injections hypodermiques et leur emploi plus facile que celui des autres médicaments peuvent amener une sédation momentanée et donner quelque répit aux personnes qui entourent le malade de leurs soins; mais il ne faut point fonder de trop grandes espérances sur ce calme souvent trompeur, et l'on doit surtout éviter de frapper sur le malade en voulant frapper sur la maladie.

La révulsion nous paraît beaucoup mieux indiquée : on la pratique sur la peau, à l'aide de frictions stimulantes et de sinapismes, et mieux encore sur la muqueuse intestinale à l'aide de purgatifs et de lavements excitants ; à ces moyens, on peut joindre un sédatif des plus puissants, les bains prolongés, qui n'offrent point les inconvénients des autres calmants dont nous avons écarté l'usage. Enfin le repos au lit, une obscurité profonde, un silence absolu sont nécessaires pour supprimer toutes les causes d'excitation qui pourraient alimenter le délire du malade et souffler pour ainsi dire le feu.

Quant à l'alimentation, elle doit être très modérée. Sans prescrire la diète absolue, on doit se montrer très réservé sur la quantité et la qualité des aliments : les œufs, le lait, le bouillon formeront la base de la nourriture. On peut y joindre, dans les cas d'adynamie, le vin, et surtout le vin de Champagne. C'est aussi dans les cas de ce genre qu'on a recommandé l'emploi des sels de quinine ; mais, il faut bien le dire, cette thérapeutique est fort incertaine et, lorsque le malade guérit, c'est presque toujours aux efforts de la nature qu'il faut attribuer cet heureux résultat.

QUATORZIÈME LEÇON

DE LA FOLIE CIRCULAIRE.

SOMMAIRE. — Tableau clinique de la maladie. — Symptômes. — Mode de début. — Période d'excitation. — Exaltation des facultés intellectuelles. — Folie raisonnante. — Perversité morale. — Excès alcooliques. — Erotisme. — Instinct sexuel interverti. — Période de dépression. — Manie lectuaire. — Dyspnée. — Amaigrissement. — Marche. — Etat trophique. — Intervalles lucides. — Divers noms de la maladie. — Etiologie. — Hérédité. — Pronostic. — Traitement.

MESSIEURS,

Après avoir successivement étudié les formes dépressives et les formes maniaques du délire, nous allons compléter le tableau par la description d'une vésanie dans laquelle l'excitation et la dépression se succèdent tour à tour.

Le hasard nous a mis en présence d'un malade qui nous offre un type achevé de cette singulière psychose, qui, depuis les travaux de Falret et de Baillarger, porte le nom de *folie circulaire* ou *folie à double forme;* et puisque le fait clinique est, cette fois, le point de départ de notre leçon, qu'il me soit permis de commettre une légère infraction à nos habitudes et de vous parler du malade avant de vous parler de l'histoire de la maladie.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, dont les débuts dans la vie semblaient favorisés sous tous les rapports. Intelligent, aimable, doué d'une santé robuste, il n'avait jamais éprouvé aucun accident, lorsqu'à l'âge de dix-huit

ans il fit une chute de voiture dans des circonstances très dramatiques. Cet accident, minime par lui-même, eut des conséquences incalculables au point de vue moral : il fut le point de départ d'un accès de manie aiguë, qui fit interner le malade à Bicêtre pendant trois semaines. Rendu, dans une certaine mesure, à la santé, il revint dans sa famille, et là il fut pris d'une scarlatine grave, dont les manifestations diverses couvrirent une période de trois mois. Pendant toute la durée de cette maladie fébrile, il fut en proie à un état mental se manifestant par des accès de fureur dans lesquels il voulait tuer son père. La fin de cette excitation marqua la fin de son accès maniaque; il se calma, mais il devint affaissé, mélancolique; il se tenait dans un coin; ne bougeait plus, refusant de parler, refusant de prendre de la nourriture.

Il ne s'agissait point ici d'une folie transitoire, car cette mélancolie se prolongea pendant deux ans. Aussitôt après, le malade eut un nouvel accès de manie qui dura dix mois, et fut lui-même suivi d'un autre accès de mélancolie. Depuis cette époque, les crises se sont succédé sans interruption et presque sans variation : les accès maniaques durant dix mois, les accès mélancoliques durant deux ans. Actuellement, cet homme a quarante ans; c'est donc depuis vingt-deux ans qu'il est en proie à cette forme de maladie mentale.

Parmi les accès qu'il a traversés, il en est deux qui méritent surtout d'attirer notre attention : celui qui s'est produit il y a dix ans, et celui sous l'influence duquel il est encore aujourd'hui.

En mai 1870, pendant une période d'excitation, il fut séquestré à Sainte-Anne. Nous avons, à ce moment, des notions très précises sur son état intellectuel. Il s'était, dans

le temps, beaucoup occupé de spiritisme; il se croyait alors en proie à deux influences contraires qui le poussaient, l'une au bien, l'autre au mal, et qui agissaient sur lui tour à tour. Il resta deux mois à Sainte-Anne et il en sortit amélioré, mais pour tomber dans une nouvelle période de mélancolie; et pendant cette période, il commit la plus grande faute de sa vie, il se maria. Sa femme, à laquelle il avait caché ses deux séquestrations, sa femme le trouvait bien triste et bien sérieux pour un fiancé, mais on passa par-dessus cette difficulté et le mariage s'accomplit. Triste conséquence de la faute qu'il avait commise, il eut trois enfants, qui, tous les trois, moururent de méningite en bas âge. C'est ici, messieurs, que vous voyez apparaître l'hérédité, condition presque indispensable pour constituer la folie à double forme, qui manquait au point de vue des ancêtres chez notre malade (car dans sa nombreuse famille on ne constate rien), mais qui se retrouve chez ses enfants. Le seul fait que l'on puisse rattacher de loin à la folie chez ses ascendants est une congestion cérébrale dont son père a été affecté.

Depuis son mariage, le malade a continué la série de ses accès. Chaque accès se compose de deux stades, comme toujours, le stade maniaque durant dix mois et le stade mélancolique durant deux ans. Ainsi que vous le voyez, c'est une maladie à très longue période.

La période d'excitation représente chez lui une exaltation de toutes les facultés et en même temps de toutes les fonctions. Elle est précédée par des accidents prodromiques auxquels sa femme ne se trompe jamais : il commence par être moins assidu au travail, par avoir la tête en l'air; il devient agité, remuant, loquace; il est emporté, mobile dans ses idées; il est persécuté d'un besoin étrange de mou-

vement, il ne peut rester en place. A ce moment, il se produit un phénomène important : le sommeil devient troublé. Pendant le stade mélancolique, il dort bien, il repose régulièrement et avec calme. Pendant la période d'agitation, le sommeil est imparfait, interrompu et traversé par des rêves. Il mange, il boit avec excès ; il marche avec passion et fait quinze lieues en un jour, il ne parle plus que d'affaires grandioses ; il veut se livrer à des spéculations considérables et faire des libéralités, des aumônes, des dons. Ce n'est point le fait d'un sentiment exagéré d'humanité, car il est méchant, au contraire ; ce n'est que l'exagération de sa vanité. A ce moment, il roule de vastes projets dans sa tête, il veut faire de l'or, renverser le clergé, rendre tous les pauvres heureux.

Deux phénomènes significatifs se manifestent en même temps vers cette époque : c'est d'abord un penchant alcoolique très prononcé ; il commet des excès de boissons qui expliquent sa violence et son excitation. C'est ensuite une excitation du sens génital ; les rapports conjugaux exagérés, dans lesquels il fait souvent preuve d'impuissance, sont insuffisants pour lui ; il fréquente les filles de mauvaise vie ; et chez lui, selon l'expression de J.-J. Rousseau, la volonté parle encore quand les sens se taisent. L'excitation qu'il manifeste n'est pas de nature périphérique, mais d'origine centrale.

Arrivé à l'apogée de sa crise, il tombe dans des accès de violence indescriptibles. Il frappe sa femme, il brise ses meubles, il manifeste une violence telle qu'on est obligé de le faire enfermer.

Peu à peu, ces symptômes se calment et une sorte de trêve s'établit ; mais, à mesure que revient la tranquillité, son caractère change ; il devient sombre, taciturne ; la tris-

tesse l'envahit et l'on voit arriver la période de dépression.

A ce moment l'esprit est chagrin, les pensées sont tout autres et sa conduite s'en ressent. Il est abattu, ses espérances s'envolent; il est honteux de sa conduite précédente; les projets qu'il avait formés le font maintenant rougir. A ce moment c'est un homme sobre, rangé, laborieux; il travaille et apporte régulièrement le gain de la semaine à sa femme, qui voudrait toujours le voir dans sa période mélancolique. A ce moment il s'incline devant elle, il se reproche de l'entraîner dans la misère; il est économe et même avare. Autant il est dangereux et violent pendant la première période, autant il est bon, doux, serviable pendant la période de dépression.

C'est après deux ans, c'est après cette longue évolution que se manifestent de nouveau les phénomènes prodromiques auxquels sa femme ne se méprend pas.

Il est actuellement en plein dans une crise maniaque, il y est depuis le 1er janvier environ ; son accès va durer jusqu'au mois d'octobre. Au début il s'est produit une crise de fureur plus violente que de coutume, pendant laquelle il s'est précipité sur sa femme, il l'a frappée avec rage, lui a arraché les cheveux, lui a broyé les pieds sous ses talons; puis il a brisé ses meubles. C'est à la suite de cette crise qu'il est entré à Sainte-Anne, le 5 février.

Il est maintenant beaucoup plus calme; il ne semble offrir aucun des caractères de la fureur, aucune des conditions qui rendent un aliéné dangereux. Je n'oserais attribuer ce résultat à notre seul traitement, mais je crois qu'on peut en rapporter la plus grande partie à sa sobriété forcée; l'absence des excitants alcooliques entraîne la cessation des phénomènes d'exaltation qu'il présente d'ordinaire. Cependant il reste en état d'excitation maniaque; son lan-

gage est prétentieux, il a des visées à la haute littérature; il tire pêle-mêle de sa mémoire tous ses souvenirs classiques et confond Boileau avec Bossuet; il mélange le sacré au profane, sans se rendre compte de ce qu'il fait.

Il continue à nourrir de vastes projets, il manifeste des sentiments d'exaltation permanents. Phénomène caractéristique, il ne présente pas le moindre affaiblissement intellectuel. Depuis vingt-deux ans, il a marché sur la frontière de la démence, sans la franchir.

Quelques données physiques compléteront ce tableau. Il a la tête petite, les oreilles déformées; l'absence de lobule qu'il présente serait, pour Morel, un excellent signe de dégénérescence. Il offre un léger embarras de la parole et une inégalité très marquée des pupilles. Si l'on ne connaissait l'histoire de cet homme, on pourrait le prendre pour un paralytique général au début; mais voilà vingt-deux ans que cela dure et la paralysie générale se serait depuis longtemps manifestée.

Telle est, messieurs, l'histoire très abrégée de ce sujet, qui présente le type, le tableau saisissant de la folie à double forme. Je tenais à vous signaler les faits cliniques avant d'entrer plus avant dans l'étude de cette affection.

Messieurs, s'il s'agissait seulement de juxtaposer la manie et la mélancolie, l'excitation et la dépression, les deux formes les plus anciennement connues de l'aliénation mentale, il n'y aurait pas lieu de créer une espèce nouvelle; mais il s'agit bien ici d'une forme spéciale, autant par la nature du délire que par l'évolution de la maladie et par le pronostic qu'elle comporte.

Parmi les malades qui relèvent de cette forme particulière, il en est dont la maladie est fruste; mais il est dif-

ficile de passer un temps prolongé dans un asile sans voir des fous comme celui que je vous montre et chez lequel le diagnostic ne saurait être douteux.

Nous allons, dans une esquisse rapide, nous attacher surtout à montrer par quel côté la folie à double forme se sépare des autres genres de vésanie, et quels sont les traits qui lui appartiennent en propre.

Quels sont ses symptômes dans le type ordinaire? Elle débute dans beaucoup de cas par des accès isolés de folie; tantôt ce sont des troubles maniaques, tantôt des accès de mélancolie et tantôt des phénomènes d'exaltation et de dépression sans aucune régularité; tantôt, enfin, dès son début, elle offre une marche rythmée qui rentre dans le type classique.

Supposons que le début ait lieu par la période d'excitation; c'est ce qui arrive chez notre malade. On voit alors une exaltation de toutes les facultés, des projets ambitieux, de l'agitation physique et morale; plusieurs de ces malades se lancent dans des spéculations purement hasardeuses et se ruinent ou font fortune avec la même facilité. Tel est ce personnage qui, voyant annoncer par une affiche une souscription pour des mines espagnoles, jeta dans ces actions toute sa fortune et fit un gain considérable. Tel est encore le malade de M. Baillarger, qui entre autres idées avait eu celle de tanner les pieds de toute l'armée française pour faire des économies de chaussures. Il avait en même temps acheté des terrains pour des sommes très importantes; heureusement il y eut une hausse sur ces terrains et il put les revendre avec un bénéfice sérieux.

La mémoire prend une acuité extrême, l'intelligence se développe à un point excessif. Tel sujet devient poëte, ora-

teur, écrivain; il improvise des vers, lui qui, auparavant, avait peine à parler en prose; il récite des tirades d'auteurs classiques.

Mais ce qui caractérise surtout cette maladie, c'est la folie raisonnante, c'est le délire sans conceptions délirantes. Ces malades ne sont pas des mélancoliques ou des maniaques dans l'acception ordinaire; ce sont des individus dont le sens moral est perverti, dont le cerveau fonctionne avec une agitation morbide, dont les idées se multiplient au point de devenir incohérentes, et qui, cependant, ne présentent pas un véritable délire. Ce sont des fous raisonnants. Ils ont, pour la plupart, conscience de leur état.

Je vous ai déjà dit que chez les mélancoliques il existe une forme dans laquelle le malade a conscience de ce qu'il est et de ce qu'il fait. Le maniaque peut aussi comprendre sa situation. Il en est de même dans la folie circulaire. L'un des malades de M. Baillarger désignait ces deux crises en sens inverse sous le nom de *crise rose* et de *crise noire*. Au point de vue psychologique, ce détail est très important. Par ce seul fait, la maladie se dessine déjà en relief sur le fond commun de l'aliénation mentale.

S'il existe chez la majorité de ces sujets un certain développement des facultés intellectuelles, il est accompagné d'une profonde perversité morale. Ce sont les plus insupportables et les plus dangereux de tous les aliénés. Ils sont les plus dangereux, non seulement par leurs accès de violence, par les emportements qui les poussent à frapper, à briser, à tuer, mais aussi, mais surtout par une altération plus intime du sens moral. Ce sont des calomniateurs, ce sont des menteurs; ils prennent plaisir à envoyer des dénonciations anonymes; ils éprouvent une jouissance infernale à brouiller les gens.

Chez ces malades, comme chez la plupart des aliénés, on voit se développer des haines violentes contre les proches, contre les amis.

Deux points surtout caractérisent la dépravation de leurs instincts ; ces points se lient intimement à la folie à double forme. Ils offrent d'abord une tendance très grande aux excès alcooliques. Chez les malades du sexe masculin, ce goût est des plus communs, quelle que soit la nature de la maladie ; mais dans le sexe féminin, du moins en France, ces penchants sont moins fréquents. Eh bien, dans la folie à double forme, on les voit se développer avec une intensité extraordinaire. Esquirol a cité l'histoire d'une dame chez laquelle le début de la folie à double forme s'était manifesté par des goûts alcooliques tout à fait en désaccord avec son caractère habituel.

A côté de l'alcoolisme se manifeste un érotisme des plus marqués. Cet érotisme, qui se montre dans les deux sexes, est plus frappant dans le sexe féminin, mais il est plus fréquent chez l'homme.

M. Baillarger rapporte le fait d'une jeune fille qui fut enfermée à Charenton pour un accès de mélancolie. Après une durée de six mois, la mélancolie avait cédé et la malade fut réclamée par sa famille. Elle rentra chez ses parents, mais peu de temps après elle commença à présenter des tendances qu'elle n'avait jamais manifestées auparavant : elle devint d'une coquetterie exagérée ; elle se décolletait outre mesure et attirait à elle les hommes par ses regards provocants ; enfin, elle prit la fuite avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle, puis vint échouer dans une maison de prostitution. C'était chez elle la crise d'excitation de la folie à double forme.

Chez une autre malade de M. Baillarger, un érotisme

incoercible se développait pendant l'excitation maniaque. Pendant une de ces crises d'excitation cette femme devint grosse; elle accoucha dans un état de stupeur complet, à tel point qu'elle s'aperçut à peine de ce qui se passait.

Un fait curieux, qui se rattache à l'état intime des facultés morales, c'est cette forme de délire décrite par Westphal sous le nom d'*instinct sexuel interverti* (*conträre Sexual-empfindung*). Il est des sujets qui, tout en conservant les attributs physiques de leur sexe, prennent le caractère moral du sexe opposé. L'homme poursuit de ses obsessions les individus de son propre sexe; de même la femme ne recherche plus l'homme et réserve toutes ses attentions pour ses pareilles. Chose remarquable, presque tous les aliénés de ce genre sont atteints de folie à double forme.

J'arrive à la période de dépression. Ici, comme je vous l'ai déjà dit, on voit les sujets se calmer, se reprocher leurs fautes, leurs excès, leurs erreurs, et passer de la prodigalité la plus outrée à la plus stricte parcimonie. On remarque en même temps qu'ils négligent tout soin de leur personne. Dans cette période de dépression, ils sont pris d'une horreur profonde de la vie. D'autres sont précipités dans une stupeur qui ressemble à beaucoup d'égards à celle de la mélancolie stupide. On aurait tort cependant de les confondre avec les vrais malades en état de stupeur : ils ont l'esprit plus développé, et, revenus à un état différent, ils peuvent rendre compte de tout ce qui les a frappés.

Signalons, enfin, deux phénomènes d'ordre physique. Quelques malades sont pris de cette *manie lectuaire* qui frappe certains mélancoliques ; ils ne veulent plus se lever et, quand on les laisse tranquilles, ils passent plusieurs

mois au lit. C'est ce que les Allemands appellent *Bett-sucht*.

Un autre symptôme d'ordre physique, c'est l'angoisse précordiale. Beaucoup de ces malades ont une dyspnée intense qui se rapproche de l'angine de poitrine.

Enfin on a noté chez eux de l'amaigrissement, des rides précoces, de la sitophobie. M. Baillarger a vu un malade perdre 15 livres en dix jours. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Cette folie peut offrir une autre forme, elle peut comporter un véritable délire, et dans ce cas nous sortons de la folie raisonnante pour tomber dans la manie ordinaire. Ce sont là des cas exceptionnels, mais il faut les placer à côté du type qui forme la règle.

Abordons maintenant, messieurs, l'étude de la *marche* de la maladie.

La folie circulaire est caractérisée par deux stades. Les premiers auteurs qui s'en sont occupés ont considéré le stade d'excitation comme le début de la vésanie; telle est l'opinion de MM. Baillarger et Falret. D'après Ludwig Meyer, Guislain et plusieurs autres observateurs, c'est au contraire par la dépression que commencerait la folie circulaire. Pour eux l'ordre de succession des phénomènes serait renversé. M. J. Falret s'est également rangé à cette opinion et considère la mélancolie et la dépression comme le point de départ ordinaire de la folie à double forme. C'est se rapprocher d'Arétée, d'après lequel la mélancolie était une forme de la manie et se terminait souvent par elle.

Il nous paraît certain que la folie circulaire peut commencer par l'un ou l'autre de ces deux états et même par

des accès irréguliers de manie ou de mélancolie ; cependant notre malade rentre dans le type classique décrit par MM. Baillarger et Falret.

Ce qui est plus important, au point de vue de la marche des accidents, c'est l'état trophique de ces malades ; sous ce rapport ils diffèrent des autres aliénés. Dans la période mélancolique, ils maigrissent et perdent de leur poids, des rides creusent leur visage ; mais dans la période de manie ils contreviennent à cette règle générale, que dans la manie comme dans la mélancolie les malades perdent de leur substance. Dans la mélancolie, il y a refus de nourriture ; dans la manie, il y a une exagération des fonctions du mouvement et des échanges organiques. Le mélancolique maigrit par insuffisance des recettes, le maniaque maigrit par l'excès des dépenses. Or, si dans la folie à double forme on remarque une diminution de poids pendant la période d'excitation, arrivés à la période maniaque, les malades engraissent.

A la suite des deux stades que nous avons signalés, se place un intervalle lucide. C'est là une période difficile à apprécier. Si chez certains individus il existe un véritable stade de calme, pendant lequel ils se mêlent à la vie ordinaire, il en est un certain nombre chez lesquels il est difficile de marquer la frontière entre l'état de raison et l'état de maladie. M. Baillarger a signalé des cas dans lesquels l'intervalle était de plusieurs années ; mais M. J. Falret fait, à ce sujet, une remarque judicieuse. Beaucoup de gens du monde, corrects en apparence, sont au fond des aliénés. Un homme exerçant de hautes fonctions publiques, un membre de l'Institut peuvent continuer à remplir tous leurs devoirs en présentant des alternatives d'excitation et de dépression. Il peut se faire que cette longue

période de calme et de lucidité ne soit qu'une période voilée de la maladie.

Ainsi l'on peut admettre trois formes fondamentales, au point de vue de l'intervalle lucide qui peut suivre ou précéder les accès, et le langage médical doit se conformer à cette division.

On a donné plusieurs noms à la maladie qui nous occupe. Je vous propose, pour ma part, de les conserver tous, mais en leur donnant une acception un peu différente, et d'appliquer un nom particulier à chacune des espèces de l'affection. Avec Marcé, nous dirons *folie circulaire*, quand il s'agira d'un cas comme celui de notre malade, c'est-à-dire d'une affection présentant des alternatives d'excitation et de dépression se suivant sans aucun intervalle. C'est là un véritable cercle morbide.

Avec Marcé encore, je dirai *folie à double forme*, quand chaque période sera séparée par un intervalle notable, quand on pourra comparer les crises morbides aux battements du cœur, quand après les deux bruits il y aura un *grand silence*.

Enfin, avec M. J. Falret, nous choisirons l'expression de *folie alternante*, pour désigner une affection dans laquelle la durée de chaque période est très courte. Chez la plupart des malades, la crise couvre un vaste espace, elle peut durer jusqu'à trois ans et demi. Mais il est des sujets que l'on a peut-être à tort rapprochés de ceux qui nous occupent et dont les troubles cérébraux se produisent dans un temps très court. Le cas le plus net est celui des individus qui présentent un jour bon et un jour mauvais. La gaieté et la tristesse, l'excitation et la dépression alternent chez eux d'un jour à l'autre. Telle était une malade que j'ai observée à l'hôpital Saint-Antoine, où elle était entrée

pour une maladie mentale consécutive à une fièvre typhoïde. Pendant un jour elle était dans une mélancolie profonde; le lendemain elle était gaie, causait familièrement et présentait des phénomènes d'excitation délirante. Un malade de M. Brierre de Boismont offrait régulièrement trois jours bons et trois jours mauvais.

Aux malades de cette espèce il convient d'appliquer un nom différent. On peut donc appeler *folie alternante* celle dans laquelle les périodes sont tellement courtes, qu'il n'est plus question du grand cycle morbide dont je viens de vous tracer l'histoire.

Messieurs, je crois vous avoir donné des raisons suffisantes pour vous faire admettre que la folie à double forme mérite une place spéciale dans le cadre des maladies mentales. Elle diffère des autres par la périodicité, par la forme du délire, qui est ordinairement la folie raisonnante, par les lésions trophiques, par la conscience du malade qui possède dans une certaine mesure le pouvoir d'apprécier son état.

Mais il est encore d'autres caractères d'une haute valeur; par exemple, les conditions étiologiques. Ici se place un fait d'une importance capitale; je veux parler de l'hérédité. Sans doute cette cause prépondérante joue un très grand rôle dans la médecine mentale, mais il est des cas où les causes incidentes, accessoires, prennent une part considérable à la production des accidents. Or, dans la folie à double forme on a presque toujours affaire à des héréditaires; ils héritent de la maladie, ou bien ils descendent de parents qui ont offert une autre forme de maladie mentale.

On attribue aussi une part d'influence au sexe. Selon Falret, la folie à double forme serait plus fréquente chez

la femme que chez l'homme. Mais supprimez la paralysie générale et l'alcoolisme, et vous trouverez la vésanie plus fréquente dans le sexe féminin ; la folie à double forme ne fait donc que se conformer à la règle ordinaire.

La folie à double forme diffère encore profondément de la manie et de la mélancolie par son *pronostic*. La manie est peut-être la forme la plus curable de l'aliénation mentale; la mélancolie guérit souvent aussi. La folie circulaire, formée en apparence de la juxtaposition des deux précédentes, est, au contraire, une affection presque absolument incurable. On connaît des exemples de guérison, mais ils sont très rares. D'un autre côté, les circulaires ne versent point dans la démence, ils restent identiques à eux-mêmes. M. Foville a cité l'histoire d'un malade qui est resté longtemps enfermé à l'asile de Charenton et qui avait des accès périodiques dont la durée était de six mois. Cet homme a eu environ soixante crises sans ressentir aucune altération de son intelligence. Pour notre malade, il y a déjà près d'un quart de siècle qu'il est en proie à cette affection, et cependant il est resté identique à lui-même.

Il est un dernier point sur lequel M. J. Falret a appelé l'attention, c'est que les sujets de cette espèce sont exposés à des accidents de nature physique qui peuvent manquer ou qui sont moins fréquents chez les autres aliénés; je veux parler des accès congestifs. Chez les paralytiques généraux, ces accidents sont relativement fréquents ; mais ils sont beaucoup plus exceptionnels chez les vrais vésaniques. Or, par une exception à la règle, on constate assez souvent chez les malades atteints de folie à double forme des crises de congestion qui peuvent se terminer par la mort subite. Chez notre malade, les congestions jouent un

rôle très considérable, et cette disposition semble être héréditaire; comme antécédents, on ne trouve pas dans la famille d'aliénation mentale, mais le père a eu une congestion cérébrale.

Le pronostic de la folie à double forme est donc très grave : d'abord, à cause de son incurabilité presque absolue ; ensuite, à cause de ces complications qui peuvent avoir une issue fatale.

Quant au *traitement* de cette maladie, il est à peu près nul, et l'on ne peut guère songer qu'à combattre les accidents congestifs; je réserve cette question pour le moment où nous aborderons l'étude de la paralysie générale.

QUINZIÈME LEÇON.

DE LA DÉMENCE.

Sommaire. — Acception légale et acception médicale du mot *démence*.— Définition. — Démence primitive et démence consécutive. — Démence toxique. — Influence de la forme du délire. — Autres influences diverses. — Démence agitée. — Démence apathique. — Degrés de la démence. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et des aptitudes professionnelles.— Incohérence.— Attitude physique.—Terminaisons.
Démence sénile. — Irritabilité du caractère. — Difficulté du travail intellectuel. — Mode de début. — Excitation morbide ou affaissement insidieux. — Défiance exagérée. — Hypochondrie. — Panophobie. — Erotisme. — Tendance au suicide. — Agitation nocturne.
Démence simple de la sénilité. — Amnésie des choses récentes. — Perte complète de la mémoire. — Incohérence absolue.
Anatomie pathologique de la démence. — Atrophie du cerveau. — Ramollissement. — Cavernes. — Régression des cellules. — Anévrysmes miliaires. — Epaississement des os du crâne.

Messieurs,

Si les formes de l'aliénation mentale dont je vous ai jusqu'à présent entretenus — la manie, la mélancolie, leurs variétés et leurs combinaisons — présentent un ensemble de symptômes nettement définis et logiquement coordonnés, il n'en est pas ainsi de la démence. Par sa nature même, le sujet manque de clarté et ne se laisse point enfermer dans des limites précises.

Nous ne rappellerons que pour mémoire la différence fondamentale qui sépare l'acception légale de l'acception médicale du mot *démence*. L'imbécillité, la démence, la

fureur sont les trois termes consacrés sous lesquels les légistes comprennent toutes les variétés de dérangement intellectuel. Envisagée à ce point de vue, la démence n'est point un affaiblissement, c'est un dérangement quelconque des facultés intellectuelles. Pour l'aliéniste, au contraire, la démence est l'abolition plus ou moins complète des facultés de l'esprit. C'est le dernier terme de ces processus morbides qui, sous les formes les plus diverses et avec les altérations les plus différentes, aboutissent plus ou moins rapidement à une déchéance commune. On comprend dès lors que la démence, conséquence ultime d'une multitude d'états fort différents, doit refléter nécessairement, dans ses caractères symptomatiques, la diversité de ses origines. Elle ne saurait donc se prêter à une description vraiment synthétique.

Il est cependant indispensable de posséder une idée nette de cette étape terminale qui, dans la majorité des cas, vient clore l'évolution des maladies mentales et peupler nos asiles de ces vieux aliénés qui constituent, pour ainsi dire, le fonds de roulement de toute maison de santé bien organisée.

Définir la démence est une entreprise difficile, et ce n'est que progressivement que nous sommes arrivés à donner à cette expression le sens qu'elle comporte aujourd'hui. Au point de vue étymologique, le mot *démence* indique l'affaiblissement des facultés, l'extinction de l'intelligence. Mais il faut distinguer, comme l'ont déjà fait les anciens, l'absence congénitale des facultés intellectuelles de leur déchéance consécutive aux diverses affections dont l'appareil de la pensée peut devenir victime. Cette distinction, on le sait, a été fort nettement formulée par Esquirol. Il définit la démence une affection cérébrale, ordinairement sans

fièvre, et caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Mais il fait observer que l'idiot est un homme qui n'a jamais possédé de fortune au point de vue intellectuel, tandis que le dément est l'homme qui a perdu la fortune qu'il possédait autrefois. Sous ce rapport, les idées d'Esquirol ont absolument prévalu ; elles représentent en quelque sorte la fondation même de toutes nos connaissances à cet égard ; mais, comme Pinel, Esquirol admet une démence aiguë, par opposition à la forme chronique. En se plaçant au point de vue des symptômes extérieurs, il est évident que les aliénés en état de stupeur semblent avoir perdu momentanément toutes leurs facultés intellectuelles ; mais, comme nous l'avons vu, la plupart des malades plongés dans cet état sont atteints d'un délire très actif, peuplé d'hallucinations terrifiantes, et, s'il existe des stupides dont l'esprit est vraiment annulé, il faut distinguer cet état pathologique de la déchéance intelllectuelle qui frappe définitivement et pour des causes diverses un si grand nombre de vieux aliénés. Nous appliquerons donc exclusivement le mot de *démence* à un état incurable qui reconnaît les origines les plus différentes, mais qui se caractérise essentiellement par la ruine irrémédiable de la raison.

Comprise de cette manière, la démence se distingue en *primitive* et *consécutive*. Il existe des cas, relativement peu nombreux, de démence primitive. Elle peut se manifester subitement ou progressivement. Tuke rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, bien portante et parfaitement saine d'esprit, qui, traversant les champs à une heure avancée du soir pour rentrer chez elle après une journée de travail, fut attaquée et violée par des malfaiteurs. Elle tomba immédiatement en état de démence

et resta dans cette condition jusqu'à sa mort, survenue plusieurs années plus tard.

Quant à la démence primitive à lente évolution, elle est caractérisée par l'affaiblissement progressif de toutes les facultés intellectuelles. Griesinger, M. Baillarger et d'autres auteurs en ont rapporté des exemples.

Mais il est incontestable que, dans l'immense majorité des cas, la démence est consécutive à un état pathologique qui l'a précédée. C'est un point d'arrivée, et non pas un point de départ. Nous serons donc amenés à établir plusieurs variétés de démence consécutive.

Nous avons d'abord les démences organiques, celles qui se rapportent aux altérations matérielles de l'encéphale. On doit faire rentrer dans cette catégorie la démence sénile, qui correspond invariablement soit à des lésions graves, soit à une atrophie générale ou partielle de la masse encéphalique.

A côte de cette forme pour ainsi dire physiologique, il faut placer la démence *hémiplégique*, celle qui succède aux hémorrhagies, aux ramollissements, aux tumeurs du cerveau ; enfin, la démence qui termine l'évolution de la paralysie générale.

Viennent ensuite les démences qu'on pourrait appeler *toxiques*. Nous rangerons dans cette catégorie l'effacement intellectuel des vieux alcooliques, l'abrutissement profond dans lequel tombent les mangeurs d'opium et les effets si bien connus de l'encéphalopathie saturnine. Presque tous les poisons qui portent leur action sur le système nerveux peuvent aboutir à une démence plus ou moins complète, et l'on comprend que chacune de ces démences offre des caractères particuliers avant de tomber à ce niveau où toutes les variétés se confondent. Mais ce qui nous intéresse plus spécialement, c'est la démence qui succède aux névroses,

à l'épilepsie, à l'hystérie et surtout à l'aliénation mentale.

Toutes les vésanies peuvent se terminer par la démence. On la voit succéder à un ou plusieurs accès de manie aiguë : — aux diverses formes de mélancolie ; — à la folie puerpérale ; — mais elle est incontestablement moins fréquente, ou du moins plus lente à venir, dans les cas de *monomanie* ou de délire partiel. Elle est rare surtout dans le délire des persécutions, et plus rare encore dans la folie circulaire. On sait, en effet, que tel sujet parcourt régulièrement le cycle d'excitation, de dépression et de repos qui constitue cette forme de vésanie, et cela vingt ou trente fois dans le cours de son existence, sans jamais guérir ni verser dans la démence. Il faut donc tenir le plus grand compte de la forme du délire, lorsqu'on veut calculer chez un vésanique les probabilités d'une terminaison par la démence ; mais il est d'autres éléments non moins importants qu'il ne faut point perdre de vue. C'est, en premier lieu, l'âge des malades ; car les sujets jeunes résistent beaucoup mieux à l'affaiblissement intellectuel que les hommes plus âgés. C'est ensuite le degré de l'intelligence ; plus elle est développée, plus elle paraît être en état de se défendre. Un esprit supérieur peut sortir à peine affaibli de plusieurs accès d'aliénation mentale ; un esprit vulgaire succombe plus facilement. Quant aux imbéciles, leur intelligence, déjà si faible au début, est souvent ruinée de fond en comble par un seul accès de folie.

Vient ensuite l'influence de l'hygiène. Il est incontestable que le travail forcé, que la misère et son compagnon presque inséparable, l'alcoolisme, contribuent puissamment à transformer les vésaniques en déments. Aussi voit-on ces derniers en plus grand nombre dans les asiles d'aliénés que dans les maisons particulières, peuplées de malades

ayant appartenu pour la plupart aux classes supérieures de la société.

Il est des complications qui, survenant au cours d'un accès de folie, peuvent rapidement plonger le malade dans la déchéance intellectuelle. Telles sont les attaques d'apoplexie et surtout les convulsions épileptiformes; qu'il s'agisse en pareil cas d'une maladie nouvelle ou d'un symptôme révélateur d'un processus morbide, il est certain que de pareils accidents exercent la plus funeste influence. Il ne faut point oublier l'action des troubles génitaux, de l'onanisme, des excès vénériens et surtout de l'état puerpéral. Enfin, j'ose à peine l'avouer, mais il faut le reconnaître, le traitement infligé aux malades peut quelquefois favoriser la déchéance absolue des facultés. C'est ce qui arrivait, par exemple, lorsque autrefois on saignait abondamment les fous agités; on les calmait sans doute, mais on leur enlevait tout espoir de guérison. Hâtons-nous de le dire, cette pratique, justement flétrie par Pinel, est aujourd'hui complétement abandonnée. Mais on peut se demander si l'abus des injections de morphine et de certains autres médicaments sédatifs ou narcotiques ne conduit pas, en définitive, aux mêmes résultats.

La marche des accidents ou, pour parler plus exactement, la dégradation progressive de l'intelligence, suit quelquefois une série de cascades. Ce sont des chutes brusques et successives survenant après des crises d'excitation dont chacune semble épuiser de plus en plus les réserves intellectuelles. C'est la *démence agitée* de Griesinger. Mais le plus souvent, l'affaissement du malade suit une marche régulièrement progressive, la maladie est essentiellement *apathique* et l'on peut lui reconnaître plusieurs degrés.

Prenons un vésanique en pleine période d'excitation : son

délire est brillant, imagé, plein de relief. Il a des hallucinations nombreuses et précises. Mais après avoir duré un temps plus ou moins long, l'orage se calme, le délire s'atténue et l'obsession des idées qui le tyrannisaient devient moins despotique. Les hallucinations perdent de leur netteté ; elles deviennent plus confuses. Pour le médecin qui l'observe, le malade paraît amélioré, et l'on s'abandonne d'autant plus volontiers à cette illusion flatteuse, que les symptômes physiques s'amendent notablement. Il y a une véritable détente du système nerveux, le sommeil revient, l'appétit reparaît et le malade engraisse. En même temps sa physionomie moins crispée, ses traits moins tendus, semblent exprimer un calme relatif ; et cependant, au milieu de cet ensemble de conditions favorables, l'observateur judicieux peut reconnaître les signes de l'usure cérébrale. Sans doute, le malade est encore capable de soutenir une conversation ; il s'exprime souvent avec justesse, mais il se fatigue facilement. Il ne peut plus soutenir un effort intellectuel prolongé, et lorsqu'il écrit, il tombe plus facilement dans ces imperfections de style et ces fautes d'orthographe qui trahissent si souvent les perturbations de l'intelligence chez les aliénés.

En même temps, les sentiments sont émoussés. Non seulement le malade manifeste une profonde indifférence pour ses proches, mais le sentiment de la haine, si vivace chez les fous, tend à s'affaiblir chez lui ; s'il parle de ses ennemis, c'est avec une sorte de modération relative. Il devient plus facile à gouverner, il est infiniment moins dangereux pour leur entourage.

Tel est le premier degré de la démence. Par une transition insensible, on arrive au second. C'est ici qu'apparaît l'un des phénomènes les plus significatifs : je veux parler

de l'affaiblissement de la mémoire. Semblables aux vieillards, les déments oublient surtout les faits récents, tandis que les événements plus éloignés conservent une place dans leurs souvenirs. On les voit souvent, à quelques minutes de distance, répéter les mêmes observations, les mêmes phrases et les mêmes jeux de mots.

Mais la mémoire n'est point seule à péricliter parmi les facultés intellectuelles. On voit les malades perdre graduellement leurs aptitudes ; tel dessinateur, tel peintre de talent devient un infime barbouilleur. Tel musicien, célèbre autrefois, perd toute action de l'harmonie, tel chanteur oublie complétement les principes de son éducation musicale. Enfin les ouvriers perdent graduellement leur adresse manuelle. Inhabiles à rien produire, ils finissent par gâcher l'ouvrage et se font congédier.

Vers la fin de cette période apparaît l'incohérence, phénomène psychologique dont on ne saurait exagérer l'importance. Ce sont d'abord les idées qui perdent leur enchaînement naturel ; passant d'un sujet à un autre, le malade entame des récits interminables et se perd dans les épisodes ; bientôt il devient incapable de lier deux idées ensemble. Enfin survient l'incohérence *verbale ;* le malade, incapable de construire une phrase, articule des mots sans suite, sans rapport logique et sans enchaînement grammatical. Il est facile de comprendre en quoi l'incohérence des déments diffère de celle des maniaques. Chez les premiers, c'est la pauvreté d'esprit, c'est la perte du jugement qui domine ; chez les agités, au contraire, c'est l'embarras des richesses qui constitue pour ainsi dire le fond du tableau. Assailli par un torrent d'idées, le maniaque n'a pas le temps de les exprimer ; il saute perpétuellement d'un sujet à un autre, parce que son esprit, assailli, violenté,

je dirais presque renversé par une foule tumultueuse de pensées discordantes, prend à chaque instant les chemins de traverse au lieu de suivre la ligne droite, et s'échappe perpétuellement par la tangente.

Au dernier degré de la démence, l'attitude physique du malade traduit sa dégradation. La tête affaissée sur la poitrine, il laisse écouler sa salive, qui s'échappe perpétuellement d'une bouche entr'ouverte; sa physionomie exprime l'apathie la plus absolue et l'expression du visage correspond à la vacuité de l'esprit. A ce moment, les déments tombent dans la malpropreté la plus révoltante, à laquelle ils se montraient déjà prédisposés. Non seulement ils répandent leurs ordures partout, mais on les voit jouer avec leurs excréments qu'ils pétrissent longtemps entre leurs doigts et qu'ils avalent assez souvent. Plusieurs d'entre eux sont déjà gâteux, et c'est là presque toujours l'indice d'une lésion organique du cerveau. Ils se plaisent à ramasser des objets divers, des cailloux, des brins de paille, des fragments de papier; il ne s'agit point ici de cette manie qui pousse certains aliénés à accumuler des trésors imaginaires: chez les déments, c'est un acte purement automatique et qui paraît absolument indépendant de la volonté. Souvent ces malades présentent des tics, des grimaces, des attitudes forcées; on les voit se balancer d'avant en arrière ou de droite à gauche, comme les idiots; d'autres se frappent perpétuellement aux mêmes endroits au point de s'excorier la peau profondément avec les ongles.

Au milieu de cette profonde déchéance intellectuelle, la santé physique demeure souvent excellente, l'appétit est parfois exagéré, les digestions sont faciles, et chez les femmes la menstruation est habituellement régulière.

Aussi longtemps qu'il leur reste quelques débris de leur

intelligence, les malades conservent certains vestiges de leur délire primitif; les persécutés continuent à se plaindre vaguement de leurs ennemis, les hypochondriaques à gémir sur leurs souffrances. Mais il arrive un moment où l'automate demeure absolument seul; et le dément, réduit à l'état d'un pigeon sans cervelle, ne mange plus de son propre mouvement et se laisserait mourir de faim, si l'on ne prenait pas soin de le gaver.

On aurait tort de croire que le tableau se déroule constamment avec la régularité que nous avons apportée à notre description. Quelques oscillations fugitives, quelques améliorations passagères viennent interrompre cet état, dont la durée peut être extrêmement longue. Pendant vingt ans, pendant trente ans et même davantage, la santé physique d'un dément peut rester excellente, et lorsqu'il finit par mourir, c'est une affection intercurrente qui vient mettre un terme à cette monotone existence, à moins cependant qu'une eschare au sacrum, conséquence peut-être la de malpropreté dans laquelle vivent ces individus, mais surtout de la dystrophie consécutive aux affections cérébrales, ne vienne marquer la dernière étape de cette longue odyssée.

Nous arrivons maintenant à la démence sénile. Il nous paraît indispensable de consacrer une courte étude à cette forme spéciale de la démence, qui constitue en réalité une espèce à part.

Il existe incontestablement des esprits qui, jusqu'à une époque très avancée de la vie, conservent la plénitude de leurs facultés. C'est surtout dans les professions libérales, parmi les hommes qui n'ont jamais cessé d'exercer et de cultiver leur esprit, que l'on rencontre les cas les plus frap-

pants de *longévité intellectuelle* (1). Mais dans la très grande majorité des cas, un temps d'arrêt se manifeste à partir de l'âge de cinquante ans, au point de vue de l'évolution psychique. Le caractère le plus saillant de la sénilité de l'esprit à son premier degré, c'est l'impossibilité d'acquérir des idées nouvelles et de comprendre ce qui sort des habitudes routinières de l'existence. Bientôt la mémoire et l'imagination s'affaiblissent, et lorsqu'on arrive à un grand âge, les sentiments affectifs s'émoussent à leur tour. Le jugement subsiste pendant longtemps au milieu de toutes ces ruines ; quand il s'affaisse on arrive à la véritable démence. Mais longtemps avant de parvenir à ce degré suprême, l'affaiblissement intellectuel se traduit par de l'irritabilité de caractère, signe évident d'une faiblesse morale; par la difficulté de plus en plus manifeste de tout travail intellectuel, enfin par la fatigue qui survient promptement et paralyse l'action des facultés mentales. Nous avons connu des hommes éminents, vieillards pleins de finesse et d'esprit, mais qui ne pouvaient supporter une conversation prolongée sans baisser visiblement et donner des marques de faiblesse. Une heure de travail suffisait pour épuiser les forces agissantes de leur intelligence.

A côté de ces phénomènes vient se placer la perte du sommeil. Le vieillard dort peu et mal, et l'on doit voir dans ce sommeil imparfait une faculté qui s'amoindrit et une fonction qui tend à disparaître.

Tous ces symptômes peuvent se manifester d'une manière précoce et longtemps avant le terme fixé par la nature. La misère, l'alcoolisme, une nourriture imparfaite, enfin de mauvaises conditions hygiéniques sont incontestablement au nombre des causes qui peuvent amener ce pré-

(1) Proust, *Traité d'hygiène*, 2e édition, 1881, p. 325.

coce affaiblissement intellectuel. Au reste, les intelligences peu développées résistent beaucoup moins aux progrès de l'âge que les esprits qui ont reçu un certain degré de culture.

Ce sont là des phénomènes pour ainsi dire physiologiques: c'est l'état normal de l'intelligence dans un âge avancé. Entrons maintenant dans le domaine de la pathologie.

La démence sénile est rare avant soixante ans. Elle débute de deux façons différentes: tantôt par une excitation morbide, tantôt par un affaissement insidieux.

Certains vieillards présentent, à un moment donné, une activité insolite ; ils se livrent à des exercices depuis longtemps abandonnés, font de longues courses, reprennent leurs anciennes études et se lancent souvent dans des entreprises hasardeuses. Une excitation morbide des fonctions génitales caractérise souvent cette période de la maladie. A cette excitation succède souvent un véritable délire.

La forme la plus commune de cette déviation intellectuelle est une défiance exagérée qui, s'étendant surtout aux proches, aux voisins, mieux encore, aux enfants et aux petits-enfants, finit par dégénérer en un véritable délire de persécutions, qui dans la plupart des cas n'est point accompagné d'hallucinations de l'ouïe. Cette règle n'est point cependant sans exception, et parmi les persécutés séniles, il en est d'hallucinés.

Une autre forme des plus communes, c'est l'hypochondrie. De plus en plus préoccupé de sa santé, le vieillard finit par se créer des maux imaginaires, dont il parle sans cesse et qui finissent par effacer toutes les autres idées dont sa cervelle affaiblie conservait encore l'empreinte.

Il est des vieillards chez qui le délire de la démence se caractérise par une sorte de panophobie. Poursuivis par de folles terreurs, ils craignent les assassins, les voleurs, se

barricadent dans leur domicile et prennent des précautions tellement exagérées, qu'elles attirent le danger qu'ils croyaient pouvoir éviter.

Enfin, la criminalité est incontestablement l'une des formes les plus fréquentes de la démence sénile. Elle se manifeste très souvent sous forme d'érotisme. On voit les sujets s'abandonner à des impulsions lubriques, se livrer à des exhibitions obscènes et poursuivre de leurs obsessions de jeunes enfants. Le viol exercé dans ces conditions amène souvent ces malades devant les tribunaux. D'autres fois, c'est le vol, l'incendie et le meurtre qui leur sont reprochés. De plus, il existe chez certains vieillards une tendance extrêmement prononcée au suicide. Comme chez les enfants, la cause la plus futile, la moindre contrariété suffit pour leur faire désirer la mort, et quelquefois pour aller volontairement au-devant d'elle.

Notons, comme transition entre la démence sénile à forme délirante et la démence simple de la sénilité, ces cas si fréquents où le sujet, calme pendant la journée, éprouve une agitation nocturne des plus manifestes, quitte son lit et ne sait pas tenir en place.

Mais il est une autre forme de démence sénile, de beaucoup la plus fréquente et dans laquelle le délire ne joue qu'un rôle accessoire : c'est la démence simple, qui peut débuter d'emblée ou succéder à l'une des formes délirantes que nous venons de signaler. On voit alors les facultés intellectuelles subir un affaissement rapide et de plus en plus profond. La mémoire est généralement atteinte la première. Une amnésie progressive est souvent un symptôme prémonitoire de la démence. C'est aux souvenirs les plus récents et, suivant l'expression de Kussmaul, les moins adhérents, que s'adresse tout d'abord ce travail de régression.

Tout en conservant un souvenir exact des événements antérieurs de sa vie, le dément oublie souvent ce qu'il a fait, dit ou pensé le jour même. Les impressions nouvelles glissent sur son cerveau sans y pénétrer ou plutôt sans y être retenues. C'est ce qui explique le radotage qu'on reproche si souvent aux vieillards affaiblis; n'ayant aucun souvenir de ce qu'ils ont dit quelques instants auparavant, les malades racontent, pour la centième fois, des histoires qu'ils tiennent pour nouvelles. J'ai connu un vieux gentilhomme qui, lorsqu'il faisait une visite, saluait poliment toutes les personnes présentes; puis, après quelques instants, il recommençait ses salutations comme s'il venait d'arriver, et ce manège se reproduisait plusieurs fois de suite.

L'amnésie fait des progrès incessants, le dément oublie successivement ses connaissances scientifiques et littéraires, puis ses notions professionnelles, puis enfin les langues qu'il connaît, en commençant par les langues étrangères. Chez les sujets qui n'ont jamais parlé que leur langue maternelle, on remarque d'abord l'oubli des noms propres; un peu plus tard, ils oublient certains substantifs et certains verbes et sont atteints d'une véritable aphasie. A un degré plus avancé, ils oublient leur adresse, leur nom, leur âge, leur position. Ils perdent leur chemin dans la rue et ne peuvent plus le retrouver. Il leur arrive souvent de perdre leurs affaires et de prétendre qu'on les a volés. Enfin, au moment où les autres facultés intellectuelles participent à la décadence générale, le jugement s'éteint, les sentiments s'émoussent, ils tombent dans l'incohérence la plus absolue et finissent par ne plus reconnaître leurs propres enfants. Tel est le dernier degré de l'insénescence cérébrale.

L'anatomie pathologique de la démence offre un haut intérêt et mérite une attention spéciale.

Si, dans la folie proprement dite, on rencontre peu de lésions anatomiques, il en est bien autrement dans la démence. Toujours des altérations profondes et manifestes viennent expliquer la ruine de l'intelligence. On peut les résumer en un terme général, c'est l'*atrophie*. On constate presque invariablement, à l'ouverture du crâne, une diminution en masse du volume des hémisphères cérébraux qui se traduit à première vue par l'abondance du liquide céphalo-rachidien. L'aplatissement des circonvolutions coïncide avec un agrandissement des sillons qui les séparent, et le cerveau, loin d'offrir cette turgescence qui caractérise un fonctionnement vigoureux, semble flotter librement dans la cavité crânienne, devenue trop vaste pour lui. Presque toujours l'un des hémisphères est plus atrophié que l'autre.

Le poids du cerveau doit évidemment subir une diminution parallèle à l'amoindrissement de son volume; le cerveau des déments, et surtout des déments séniles, présente un poids très inférieur en effet à la moyenne des cerveaux de vieillards.

Mais des altérations plus caractéristiques viennent solliciter notre attention. La pie-mère présente souvent des épaississements, quelquefois même des adhérences; des ramifications vasculaires, souvent variqueuses, la parcourent. La substance corticale du cerveau est pâle, décolorée, légèrement ramollie; une coupe des circonvolutions démontre l'amincissement de la substance grise. A l'intérieur du cerveau, on rencontre souvent sur des points divers des cavités, de véritables lacunes qui semblent résulter d'un processus de résorption. Les artères cérébrales sont presque toujours athéromateuses et présentent très souvent des anévrysmes miliaires.

Si l'on vient à examiner au microscope les cellules cé-

rébrales, on les trouve sur plusieurs points en état de régression. Souvent elles renferment du pigment, souvent elles ont subi l'infiltration granulo-graisseuse ; quelquefois même elles présentent un amas de sels calcaires. Les tubes nerveux participent à cette dégénérescence : les cylindres prennent un aspect noueux. Enfin, il existe souvent une sclérose interstitielle diffuse.

Toutes les lésions que nous venons de décrire peuvent porter sur l'ensemble de la masse encéphalique, mais elles sont presque toujours plus prononcées au niveau des lobes frontaux.

Comme complément de ces lésions intracrâniennes, on constate souvent un épaississement des os du crâne.

En résumé, la démence, quand même elle ne résulte point de lésions grossières de l'encéphale, telles que la paralysie générale et les hémorrhagies de l'encéphale, coïncide presque toujours avec de profondes altérations qui rendent parfaitement compte de l'atrophie progressive et de l'affaissement final des facultés intellectuelles.

Il peut sembler puéril de s'occuper du *traitement* de la démence, puisque l'incurabilité fait partie de sa définition même, telle que nous la comprenons aujourd'hui. Mais une bonne hygiène, une alimentation soignée, un repos nécessaire et une activité réglée peuvent en retarder les progrès. Les déments conservent souvent un certain degré d'aptitude pour le travail, pour les jeux, pour la musique, pour les représentations théâtrales : il sera donc utile d'exercer ce qui leur reste de facultés.

Enfin, des soins de propreté scrupuleux pourront empêcher ou du moins retarder ces troubles trophiques qui marquent presque toujours les approches de la fin.

SEIZIÈME LEÇON

DES CAUSES DE LA FOLIE. — DE L'HÉRÉDITÉ.

SOMMAIRE. — Définition de l'hérédité. — Influence de l'éducation. — Influence de la civilisation. — Proportion des cas héréditaires. — Frontières de l'hérédité. — Mode de transmission de l'hérédité. — Influence de la longévité des parents. — Accouchement difficile entraînant une déformation du crâne. — Formes du délire au point de vue de l'hérédité. — Hérédité similaire. — Hérédité dissemblable. — Hérédité réparatrice. — Mariage des aliénés et des prédisposés. — Folie idiopathique.

MESSIEURS,

Jusqu'ici, c'est surtout par les détails que nous avons abordé l'étude des maladies mentales. Il est temps maintenant d'arriver à la synthèse et de discuter avec vous quelques-unes de ces grandes questions qui dominent l'ensemble de la psychologie morbide. Nous allons donc étudier ensemble le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'aliénation mentale, et surtout les origines de la folie et les causes qui peuvent en déterminer l'explosion. A cette question, maîtresse entre toutes, je me propose de consacrer cette leçon.

Mais, pour s'engager dans ce labyrinthe obscur, il faut un fil conducteur, il faut un principe général qui nous permette de relier les faits, d'en concilier les contradictions apparentes et d'en faire jaillir les conséquences logiques. Comprise autrement, l'étude des causes de la folie se rédui-

rait à la plus aride, la plus sèche et la plus stérile énumération de faits et de chiffres, sans valeur pratique et sans conclusion possible.

Ce principe supérieur, qui doit servir de base à tout notre édifice, nous le trouverons dans cette parole de Heinroth, que j'aime à vous rappeler parce que je la crois profondément vraie : « La folie est une maladie de l'être tout entier (1). »

C'est qu'il n'est point, en effet, d'erreur plus pernicieuse que de considérer l'aliénation mentale comme un simple accident qui vient troubler le cours de l'existence, comme un obstacle imprévu qui nous fait trébucher sur le chemin de la vie. Non, la folie est une perturbation profonde qui tient à la nature même de l'individu, qui fait partie de sa chair et de son sang, et qu'il faut considérer comme le dernier chapitre d'une longue histoire, comme la dernière étape d'un long voyage. Et si l'on me demandait de condenser, en un mot, tout ce que nous savons sur les origines de la folie, je répondrais volontiers : « Il n'y a qu'une seule cause de l'aliénation mentale, c'est l'hérédité. »

J'entends déjà les protestations que soulève un paradoxe aussi violent. Quoi, dira-t-on, l'hérédité est-elle la cause unique de l'aliénation mentale? Ne faut-il donc tenir aucun

(1) Dominé par des préoccupations spiritualistes, Heinroth avait complètement nié l'influence de l'hérédité. Il peut donc paraître singulier de placer en quelque sorte sous l'égide de son autorité une leçon consacrée à la démonstration de l'influence toute-puissante de l'hérédité. Mais, ce qu'il faut retenir, c'est que nul n'avait jusqu'alors aussi bien compris le caractère essentiellement général, et pour ainsi dire diathésique de l'aliénation mentale. Sous ce rapport, nous sommes absolument en communion d'idées avec ce grand aliéniste, malgré la différence profonde de nos convictions sur la plupart des autres points de la science.

compte des émotions morales, des maladies physiques et des abus intellectuels qui entraînent si souvent la perte de la raison? Faut-il admettre que tous les aliénés sont issus de parents aliénés? et leurs enfants sont-ils fatalement condamnés au même sort? De semblables assertions sont contredites par leur exagération même.

J'ose espérer, messieurs, que si vous voulez bien me prêter un instant d'attention, je saurai adoucir l'âpreté de cette formule au point de vous la faire accepter. Une comparaison familière servira peut-être à mieux rendre ma pensée.

Sous l'ancien régime, la noblesse ne pouvait s'acquérir que par la naissance; jamais un roturier ne pouvait franchir d'un seul bond la distance qui le séparait des gentilshommes, mais il pouvait être anobli par le roi. Il parvenait alors, grâce à d'honorables alliances, à se décrasser, comme on disait alors, dans la personne de ses descendants; mais il fallait au moins deux générations pour y parvenir. Aussi disait-on familièrement : Le roi fait des nobles, mais Dieu seul fait des gentilshommes.

Or, il en est à peu près de même pour cette noblesse à rebours qui s'appelle la folie.

On invoque à chaque instant, pour justifier l'explosion d'un trouble intellectuel, les chagrins, les fatigues, les ennuis, les excès; mais les misères de l'existence sont notre commun partage : les uns supportent sans fléchir le fardeau de la vie, les autres s'affaissent sous le poids; les uns perdent la santé, les autres la raison. D'où vient cette différence profonde? Elle découle surtout de l'héritage physique que nous ont laissé nos ancêtres.

Qu'est-ce donc que l'hérédité? L'hérédité, dit M. Ribot, est une loi biologique en vertu de laquelle tous les êtres

doués de vie ont une tendance à se répéter dans leurs descendants. Elle est à l'espèce ce que l'identité personnelle est à l'individu. Par elle, au milieu de variations perpétuelles, il y a un fond qui demeure. Par elle, la nature se copie elle-même et se reproduit incessamment. Sans elle, les divers types de l'animalité seraient livrés aux caprices du hasard. Sans elle, les nations les plus civilisées seraient exposées à tomber subitement au niveau des peuples sauvages, faute d'avoir reproduit d'une génération à l'autre les mêmes sentiments, les mêmes tendances et les mêmes instincts.

Sans adopter d'une manière absolue les théories de Darwin et en se tenant aux faits les plus authentiques et les moins contestables, il est évident qu'une distance incommensurable sépare de leur prototype sauvage les animaux domestiques qui vivent familièrement avec nous; dans cette évolution progressive, l'hérédité est le facteur capital, et je n'en veux qu'une seule preuve : c'est que les qualités d'un cheval de sang, comme le savent tous les éleveurs, sont infiniment mieux précisées par son arbre généalogique que par les formes extérieures, qui peuvent tromper quelquefois.

Si chez les êtres inférieurs l'hérédité peut exercer une telle puissance, que dirons-nous de l'homme? C'est à l'hérédité qu'il doit tous ses progrès; c'est à l'hérédité que chacune des variétés de l'espèce humaine doit son type; et les caractères essentiels d'une famille, d'une nation, d'une race sont le résultat d'un travail lent et continu, dont l'origine se perd dans la nuit des siècles, mais dont la filiation se manifeste sans cesse avec une nouvelle évidence.

En effet, l'éducation, soit artificielle, soit naturelle, ne modifie pas seulement l'individu, elle prolonge son action

jusque sur sa postérité. Toute habitude acquise, toute impression portée sur les centres nerveux, y laisse une empreinte plus ou moins durable et qui est susceptible de se transmettre par l'hérédité.

Nous savons que l'évolution des centres divers du système nerveux suit une marche régulière et pour ainsi dire hiérarchique. Je n'entends pas le mot *centre* dans le sens étroit que lui donnent les localisateurs modernes ; j'entends par là l'appareil qui préside à une fonction déterminée. Or, il est incontestable que les centres moteurs des membres inférieurs se développent avant ceux des membres supérieurs, et que les organes du langage et de l'intelligence sont plus tardifs dans leur évolution. Il est donc de la plus haute importance de saisir le moment favorable pour développer par l'éducation l'activité fonctionnelle de chacun de ces appareils pris isolément : une fois le moment passé, leur éducation devient plus difficile et moins fructueuse. La marche, la danse, l'équitation, l'escrime, la musique doivent être apprises de bonne heure.

La culture intellectuelle a son moment opportun ; et l'habileté manuelle qui distingue nos artisans les plus habiles ne s'acquiert que par une éducation commencée de bonne heure et longtemps prolongée. Or, ces dispositions favorables, une fois acquises, se transmettent par voie d'hérédité, et, en poussant un peu plus loin ce principe, on arrive presque à créer des facultés nouvelles qui distinguent à leur avantage certaines races de toutes les autres. C'est ainsi que les montagnards sont agiles et que les Arabes sont cavaliers, c'est ainsi que chez les habitants des vastes plaines de l'Asie centrale l'habitude de plonger les regards dans l'immensité semble développer l'acuité visuelle à un degré qui surpasse les facultés ordinaires. Les Eleutes,

dit-on, distinguent un lièvre dans la plaine à une distance où l'Européen n'aperçoit rien; et le chef d'une tribu de la Sibérie, au dire de Pallas, avait une vue tellement perçante, qu'il distinguait à l'œil nu les satellites de Jupiter.

Or, les prédispositions intellectuelles et morales se transmettent plus régulièrement encore que les aptitudes physiques par voie d'hérédité. Nous en trouvons de nombreux exemples dans les familles célèbres dont l'histoire nous a conservé le souvenir. Nous savons que le caractère des principales nations de l'Europe se retrouve dans celui de leurs ancêtres. Les Français modernes ont conservé le caractère des Gaulois, et c'est aux pirates scandinaves dont ils sont descendus que les Anglais ont emprunté cette activité inquiète, ce besoin perpétuel de mouvement, cette horreur du repos qui caractérisent d'une manière si remarquable cette grande nation.

Voilà pourquoi les sauvages civilisés, abandonnés à eux-mêmes, reprennent si volontiers leurs anciennes habitudes. On en cite de nombreux exemples, et J.-J. Rousseau nous rapporte l'histoire de ce jeune indigène qui, après avoir reçu une éducation distinguée par les soins du gouverneur hollandais du Cap, et après avoir longtemps vécu parmi les hommes civilisés, vint un jour déposer aux pieds de son bienfaiteur les armes et les vêtements qu'il en avait reçus et, renonçant à ces dons, reprit le chemin de la vie sauvage, malgré tous les efforts tentés pour le retenir. Jean-Jacques voyait dans ce fait une preuve de la supériorité de l'état de nature; mieux instruits par l'expérience et armés d'une philosophie moins étroite, nous y voyons la marque de l'influence héréditaire. C'est qu'il ne suffit pas de la courte durée d'une existence humaine pour franchir cet immense espace que notre espèce a si lentement parcouru; et les races sauvages,

trop brusquement civilisées, sont menacées aujourd'hui d'une extinction complète.

Comment pourrions-nous en être surpris? Nous connaissons aujourd'hui les modestes origines de toutes les sociétés régulières, et, sans rougir de nos lointains ancêtres, nous savons apprécier, mieux qu'on ne le faisait au siècle dernier, la distance qui nous en sépare. Entre ces robustes Triptolèmes, comme les appelle Broca, qui ont défriché, avec leurs outils de pierre, le sol alors inculte de la France, et les hommes qui occupent ce sol aujourd'hui, il existe un abîme profond dont l'étendue ne peut être mesurée que par ce mot immense : *la civilisation.*

Mais, dira-t-on, qu'est-ce que la civilisation? Pour le poète, pour le philosophe, pour l'économiste, pour l'homme d'État, elle peut se définir de mille manières différentes. Pour le médecin, la civilisation est une disposition particulière du système nerveux, acquise par de longs et laborieux efforts, et dont les effets se sont accumulés par la transmission héréditaire.

Voilà pourquoi, messieurs, chacun de nous est le produit d'un travail qui remonte à des milliers d'années. La part de notre constitution physique et morale qui nous appartient en propre est très minime, si nous la comparons à la part qui revient aux ancêtres; et s'il nous était possible de donner un corps à cette abstraction que nous nommons l'hérédité, et de lui prêter une voix, elle pourrait nous crier dans le langage de l'Ecriture : *Où étais-tu quand je posais les fondements de ton organisation?*

Mais il est temps de quitter le terrain des généralités pour entrer franchement dans l'étude des détails et serrer corps à corps les difficultés réelles que présente le sujet.

Et d'abord, au seuil même de la question, nous rencon-

trons une première difficulté. Quelle est la proportion des cas héréditaires? L'appréciation des divers auteurs qui ont traité le sujet présente de telles discordances, qu'il paraît impossible au premier abord de les concilier. D'après Schlager, elle serait de 4 pour 100. D'après M. Moreau (de Tours), elle serait de 90 pour 100. Entre ces deux extrêmes se placent : Parchappe, qui l'évalue à 15 pour 100; Esquirol, qui l'évaluait à 25 pour 100 chez les pauvres, c'est-à-dire chez les malades de son service à la Salpêtrière, et à 56 pour 100 chez les riches, c'est-à-dire chez les habitants de sa maison de santé particulière; Tigges, qui l'évalue à 40 pour 100, et Guislain, à un quart des entrées. Tuke et Bucknill, d'après les relevés de plusieurs établissements anglais, arrivent à un tiers en moyenne.

Pour moi, je n'hésite par un seul instant à prendre la base la plus large, et je dis que la prédisposition héréditaire se retrouve dans la grande majorité des cas, à la condition de savoir la chercher. C'est, en effet, la différence des méthodes adoptées par les observateurs qui explique la différence des résultats qu'ils ont obtenus.

Pour les uns, l'hérédité n'existe que lorsqu'elle est directe, c'est-à-dire lorsque le père ou la mère de l'aliéné ont eux-mêmes subi les atteintes de la folie. Pour les autres, il ne suffit point de chercher la folie parmi les ascendants, mais il faut aussi la chercher chez les descendants et les collatéraux. Pour d'autres enfin, et c'est à leur opinion que je me rallie franchement, il faut tenir compte non seulement de la folie, mais des autres déviations matérielles ou morales qui lui sont parallèles : des névroses, de la constitution névropathique, des excentricités, des vices, du crime, et parfois du génie ; car, ainsi que l'a si bien démontré mon excellent maître M. Moreau (de Tours), rien

n'est plus fréquent que de rencontrer dans la famille des hommes de génie des cas d'idiotie, d'imbécillité ou d'aliénation mentale.

En se plaçant à ce point de vue le terrain s'élargit, comme vous le voyez ; mais à toutes ces données il faut encore ajouter, comme le fait si justement observer M. Lunier, la part de l'inconnu. L'absence de renseignements et plus souvent encore la mauvaise volonté des familles, qui par un amour-propre déplacé s'efforcent de cacher les taches de leur arbre généalogique, sont à cet égard une cause fréquente d'erreur. Enfin l'on ne doit pas oublier que les enfants naturels, qui forment une si grande partie de la population de nos asiles, sont le plus souvent hors d'état de nous fournir aucun renseignement sur l'un de leurs parents et quelquefois sur les deux.

Les frontières de l'hérédité étant largement tracées, occupons-nous de ses manifestations morbides.

La folie peut se transmettre de plusieurs manières différentes : elle est directe quand elle remonte aux parents ; indirecte quand elle provient des collatéraux.

L'hérédité est directe quand elle provient du père et de la mère de l'enfant, créant ainsi la plus grave de toutes les prédispositions morbides. Il est évident que plus les origines du malade sont défectueuses, plus il a dans sa famille de parents aliénés et plus il est prédisposé à verser dans la même ornière. La fréquence de cette combinaison fâcheuse est beaucoup plus grande qu'on ne pourrait le supposer ; elle s'explique en partie par l'attraction mutuelle qu'exercent les uns sur les autres les candidats à l'aliénation mentale, ainsi que les esprits placés sur la frontière de la raison et de la folie et qui très souvent, par leur brillante originalité, par le charme étrange de leurs ma-

nières et par l'agrément de leurs personnes, offrent une physionomie bien plus sympathique que celle des gens plus vulgaires et de sens rassis.

Notons enfin que les enfants nés de parents malades, mais avant l'explosion de la folie, sont infiniment moins exposés que ceux qui ont le malheur de naître plus tard ; et c'est l'un des principaux motifs que l'on peut faire valoir en faveur de la séquestration qui, en séparant les époux, s'oppose à la naissance d'enfants prédestinés.

Mais l'hérédité peut être unilatérale ; lorsqu'un seul des parents est aliéné, la folie de la mère se transmet plus facilement que celle du père. Dans l'ordre physiologique, l'hérédité est le plus souvent croisée ; la fille ressemble au père, le fils à la mère. Lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale, l'influence de la mère est prépondérante pour le fils comme pour la fille, mais surtout pour celle-ci. Il faut rappeler ici l'antagonisme qui semble fréquemment exister entre l'hérédité physique et l'hérédité morale. M. Moreau (de Tours) a très justement insisté sur ce point. Celui des deux parents qui a transmis sa ressemblance physique aux enfants n'est pas habituellement celui qui leur a légué ses facultés intellectuelles et ses dispositions morales, et cette observation, très exacte en ce qui concerne la folie, est confirmée dans l'ordre physiologique par des faits authentiques et nombreux. L'un des exemples les plus remarquables de cette opposition est Lislet-Geoffroy, qui vécut au siècle dernier à l'île Maurice, alors colonie française. Il était le fils d'un blanc et d'une négresse, femme extrêmement vulgaire et sans aucune culture intellectuelle, dont il reproduisait le type physique à tel point, qu'il passait plutôt pour un noir que pour un mulâtre. Mais il avait hérité de l'intelligence de son père ou, pour mieux dire, il l'avait sur-

passée. C'était un mathématicien distingué ; il remplit pendant longtemps les fonctions d'ingénieur dans la colonie et devint correspondant de l'Académie des sciences.

Dans la transmission de la folie en ligne droite, on signale quelquefois l'hérédité intermittente ; le fils échappe à la folie, mais il en transmet le germe à ses enfants. Certaines familles historiques en ont offert l'exemple. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'un cas particulier de ce que Morel avait appelé l'hérédité latente. Dans les cas de cette dernière espèce, les enfants sont frappés les premiers : ils sont conduits dans une maison de fous par leurs parents, qui doivent y entrer eux-mêmes quelques années plus tard. Cette hérédité ascendante se rencontre aussi dans un grand nombre d'autres maladies, et surtout par rapport à la phthisie pulmonaire. On voit souvent mourir phthisiques des jeunes gens dont les parents subiront plus tard la même destinée.

Dans les familles qui ont conservé pendant longtemps le souvenir et le portrait de leurs aïeux, on voit quelquefois se produire des faits d'atavisme ; un enfant reproduira les traits et le caractère de l'un de ses ascendants mort longtemps avant lui, et cette apparition d'un type depuis longtemps disparu se reproduit quelquefois à des intervalles réguliers. C'est ainsi que, dans les familles renommées par leur avarice, on voit apparaître de temps en temps un dissipateur chargé de remplir la mission providentielle de rétablir l'équilibre en restituant au public les trésors qu'une longue avarice avait amassés. Or, l'atavisme se rencontre aussi dans la transmission héréditaire de l'aliénation mentale : c'est un cas de transmission intermittente à longue échéance et dans lequel plusieurs générations saines d'esprit ont conservé, pour le transmettre un jour, le germe de la maladie.

Je crois devoir vous signaler ici un fait très curieux, qui se rattache à l'hérédité, mais qui ne semble se prêter à aucune explication rationnelle : la longévité des parents, surtout lorsqu'elle est bilatérale, semblerait créer chez les enfants une prédisposition à la folie; des observations parfaitement authentiques et très nombreuses en font foi.

Enfin, il est un dernier point qui se rattache, assez indirectement, il est vrai, à l'hérédité : il paraît démontré que les accouchements difficiles, lorsqu'ils ont pour conséquence une déformation crânienne trop accentuée, peuvent déterminer des troubles intellectuels qui se rattachent, il faut bien le dire, plutôt à l'idiotie qu'à l'aliénation mentale. C'est là, selon toute apparence, un ordre de faits qui tend à suivre une progression croissante. La civilisation nous élargit le crâne et nous rétrécit le bassin, et l'on doit voir dans ces déformations congénitales, de nature mécanique pour ainsi dire, une conséquence de plus des conditions sociales où nous vivons aujourd'hui.

Je vous ai signalé maintenant les divers modes de transmission héréditaire qui paraissent devoir perpétuer l'aliénation mentale. Il me reste à vous entretenir de la forme du délire au point de vue de l'hérédité.

La règle en pareille matière, d'après Esquirol et Moreau (de Tours), c'est la similitude. Dans la plupart des cas, les mélancoliques descendent de mélancoliques, les maniaques et les persécutés ont eu des parents qui présentaient le même genre de délire. Mais cette transmission similaire se rencontre surtout par rapport à certaines formes d'aliénation mentale. On pourrait même ajouter qu'elle consiste surtout dans la prédisposition à subir les mêmes influences. C'est ainsi que, chez les paralytiques généraux, M. Doutrebente a signalé l'hérédité des tendances congestives qui

peuvent conduire, on voit aisément par quel chemin, à la paralysie générale. C'est ainsi que la folie puerpérale est une maladie essentiellement héréditaire; mais qui ne voit ici que c'est une susceptibilité particulière à l'influence de certaines causes qui est transmise héréditairement? Car la folie puerpérale comporte tous les genres de délire et n'en exclut aucun. Nous en dirons autant de l'alcoolisme, l'un des penchants les plus héréditaires parmi les instincts vicieux. Mais, comme le fait très justement observer M. Lasègue, les alcooliques héréditaires sont des cérébraux avant même d'avoir subi l'influence de l'alcool. Ils ont une faiblesse de caractère qui les porte aux excès de boisson, et, si je puis ainsi m'exprimer, une faiblesse de cerveau qui les rend éminemment sensibles à l'action nocive des liqueurs fermentées. Quelques verres de vin suffisent pour leur faire littéralement tourner la tête et déranger l'équilibre de leur raison.

Au reste, c'est surtout par la dipsomanie que se manifeste la transmission héréditaire de l'alcoolisme.

Mais s'il nous faut un exemple d'un travers purement intellectuel, et qui se transmet avec une étrange opiniâtreté dans certaines familles, nous le trouverons dans l'impulsion au suicide, qui peut exister, on le sait, en dehors de toute autre déviation des facultés intellectuelles. Les auteurs classiques en ont rapporté nombre d'observations, mais je n'en connais pas de plus concluante que celle d'un sujet que j'ai observé à Bicêtre dans le service de M. Moreau (de Tours) et dont l'histoire est rapportée dans l'ouvrage que j'ai déjà souvent cité (1). Je vais la résumer en quelques mots.

(1) *La Psychologie morbide*, p. 173.

Un homme de quarante ans, d'un caractère doux et honnête, habitué à une vie sobre et régulière, est conduit à Bicêtre à la suite d'une tentative de suicide : il s'était jeté dans la Seine. Cet homme appartient à une famille dans laquelle l'impulsion au suicide est héréditaire depuis trois générations. Son grand-père, homme très violent, s'est pendu dans les bois de Clairvaux, où il était garde des eaux et forêts, et sa femme, grand'mère de notre sujet, l'avait souvent menacé de se tuer, *comme sa sœur*, qui s'était jetée dans un puits.

Voilà donc trois exemples de suicide ou d'impulsion au suicide dans la première génération.

La fille de cet homme, à la suite de chagrins domestiques, s'est jetée sous un marteau de forge. Son fils aîné, homme paresseux et débauché, prétendait se tuer dès qu'il aurait réalisé un certain chiffre de fortune. On ne sait ce qu'il est devenu. Peut-être a-t-il donné suite à son dessein.

Le père du malade, frère du précédent, était un homme des plus honorables. Il est parvenu à l'âge avancé de soixante-quatorze ans ; mais, frappé d'un violent chagrin par la mort de sa femme, il s'est jeté sous les roues d'une locomotive.

Nous arrivons à la troisième génération. Le frère aîné du malade, fils du vieillard dont nous venons de parler, s'est jeté du haut des tours Notre-Dame. Le frère cadet, objet de toutes les sollicitudes de notre malade, qui l'avait élevé depuis son enfance, était tourmenté sans aucun motif d'un désir irrésistible de se donner la mort ; il avait souvent proposé à son frère de se lier ensemble et de se jeter tous les deux dans la Seine. Cette proposition avait été toujours repoussée; mais un jour, en rentrant de ses occupations, son frère le trouva pendu dans sa chambre. Notre homme

se dit alors : c'est un exemple à suivre, et il alla tout droit se noyer.

Voici donc une famille dont tous les membres pendant trois générations se sont suicidés ou ont songé à le faire. Comment nier en pareil cas l'influence invincible de l'hérédité, cette puissance mystérieuse qui pétrit notre intelligence à son gré ? Je propose cet exemple aux méditations de ceux qui prétendent, comme on le fait souvent, que la fréquence croissante du suicide est la conséquence de l'affaiblissement des croyances religieuses.

Mais, quelle que soit l'importance de l'hérédité similaire, il faut réserver une large part à ce qu'on appelle l'*hérédité dissemblable*. Non seulement des formes diverses d'aliénation mentale peuvent se rencontrer chez les membres d'une seule et même famille, mais encore les névroses, les penchants vicieux, les bizarreries d'esprit peuvent se transformer à la génération suivante en aliénation mentale, et réciproquement. S'il est vrai de dire que les excentriques ont souvent des enfants aliénés et que les aliénés ont souvent des enfants excentriques, il est encore plus vrai que les épileptiques engendrent des fous, et cela plus souvent encore que les fous eux-mêmes. Au reste, la série de ces transformations a été étudiée par Morel dans des pages immortelles, où il a montré le vice, la débauche, l'alcoolisme à la première génération suivis de la dipsomanie, de la folie, de la paralysie générale à la seconde, de la lypémanie et de l'homicide à la troisième, pour aboutir enfin à l'idiotie, l'imbécillité et l'extinction finale de la race. C'est qu'en effet, par l'opération de la loi de sélection naturelle, les familles d'aliénés ont souvent une tendance à disparaître entièrement, quand des alliances favorables ne viennent point renouveler le sang.

Il faut se dire en effet qu'il est possible de rencontrer une hérédité réparatrice, d'abord par les alliances, ensuite par la modification des milieux, des habitudes, des mœurs ; enfin par l'innéité qui vient rompre en quelque sorte la monotonie de la tradition. Ajoutons enfin que, même pour les prédestinés, la fatalité n'est pas absolue, qu'ils peuvent échapper quelquefois au sort qui les menace, et qu'une éducation bien dirigée peut leur rendre d'immenses services.

C'est ici que se place une question de la plus haute importance pour le législateur et pour le médecin. Faut-il interdire le mariage aux aliénés et aux prédisposés qui en sont issus? Pour les aliénés, il s'agit, bien entendu, des périodes où ils paraissent jouir de leur santé intellectuelle, car l'acte du mariage exige un consentement volontaire qui ne saurait appartenir à un esprit bouleversé.

Ce problème a été résolu diversement par les législations de l'Europe. En Suède, par exemple, le mariage est interdit aux épileptiques, mais dans la plupart des autres pays la liberté individuelle a été respectée. Il est difficile de légiférer en pareil cas, et l'on ne doit point oublier que l'interdiction du mariage ne fera point taire les instincts physiologiques chez les aliénés, qui auront probablement des enfants naturels, s'il leur est défendu d'en avoir de légitimes.

On comprend donc que le législateur puisse hésiter ; mais pour le médecin la question se présente sous un aspect différent. Il doit s'opposer de toute son autorité aux alliances contractées par des aliénés, il doit surtout interdire de pareilles unions aux personnes saines d'esprit qui réclament ses conseils. Il doit leur faire envisager l'avenir terrible qui attend leurs enfants et qui peut empoisonner leur propre existence.

Messieurs, en insistant comme je l'ai fait sur l'importance capitale de l'hérédité, j'ai peut-être exagéré mon rôle et je dois faire ici amende honorable. J'admets qu'il peut y avoir des cas de folie idiopathique et que l'on peut quelquefois entrer directement dans l'aliénation mentale. Mais j'ai surtout voulu déraciner de votre esprit cette notion vulgaire que la folie est un orage accidentel qui traverse l'existence. J'espère vous avoir démontré que, pour atteindre leur plein et entier développement, les maladies mentales ont presque toujours besoin de rencontrer un terrain favorable, et que le facteur le plus constant et le plus énergique de cette prédisposition morbide, c'est l'hérédité.

Réduite à ces termes, la proposition que j'avais formulée au début de cette leçon obtiendra, je l'espère, votre assentiment. Appuyés sur cette base, nous allons discuter les causes, soit générales, soit individuelles, soit prédisposantes, soit occasionnelles, qui peuvent donner lieu à l'aliénation mentale. Ce sera l'objet de la leçon prochaine.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

DES CAUSES DE LA FOLIE (SUITE).

SOMMAIRE. — Causes prédisposantes. — Influence de la civilisation. — Etat sauvage. — Influence des grandes villes. — Augmentation progressive de la folie en Europe. — Influence des mariages consanguins. — Attraction exercée par les grandes villes sur les prédisposés. — Influence de l'éducation. — Influence du travail intellectuel. — Influence des idées religieuses. — Influence de la guerre. — Influence des institutions politiques.

Causes individuelles. — Influence de l'âge. — Puberté. — Age critique. — Période intermédiaire. — Influence du sexe. — Influence du célibat. — Influence des milieux. — Climats. — Saisons. — Habitations. — Villes et campagnes.

MESSIEURS,

Si l'hérédité occupe, parmi les causes de l'aliénation mentale, un rang hors pair, comme j'ai cherché à vous le démontrer dans la leçon précédente, il est incontestable que d'autres influences peuvent venir se marier, pour ainsi dire, à ce fait primordial, pour en réveiller la fécondité et lui faire porter des fruits qui, dans d'autres conditions, ne se seraient peut-être jamais développés.

Il est temps maintenant d'en aborder l'étude, et, pour me conformer à l'usage, je les diviserai en causes prédisposantes, les unes générales, les autres individuelles, et en causes occasionnelles, les unes physiques, les autres morales; je ne professe point, je l'avoue, une vénération superstitieuse pour cette vieille division scolastique; mais

elle offre au moins le mérite de la clarté et se prête plus facilement que toute autre à une analyse méthodique du sujet.

Messieurs, de toutes les causes qui peuvent donner naissance à la folie, la plus générale, après l'hérédité, c'est la civilisation qui, d'après les idées que je vous exposais l'autre jour, n'est qu'une hérédité accumulée. Incriminée par les uns, innocentée par les autres, son influence peut être très diversement appréciée. Nous allons plaider devant vous le pour et le contre de ce grand procès, vous laissant le soin de prononcer en dernier ressort, lorsque vous aurez pris connaissance des faits de la cause.

Rien n'est plus difficile, pour les habitants d'un pays civilisé, que de se faire une juste idée de l'état intellectuel d'une tribu primitive. Il faudrait, pour s'en rendre compte, avoir été plongé dans la vie sauvage et en être sorti : deux conditions contradictoires en apparence et difficiles à réaliser dans la vie d'un seul et même individu. Toutefois, il en est des exemples. Il s'est rencontré des hommes civilisés qui, après avoir longtemps partagé lavie des sauvages, sont rentrés dans une société régulière. Un Américain, qui avait longtemps vécu dans une tribu de Peaux-Rouges, revenu plus tard à la vie civilisée, racontait ses souvenirs ; il déclarait qu'après la satisfaction des besoins matériels de la vie, il restait plongé dans une torpeur intellectuelle absolue, ne pensant à rien. Il en était de même chez ce jeune Français qui, jeté par les hasards d'un naufrage sur les côtes d'Australie, avait été recueilli par une tribu sauvage dont il avait adopté les mœurs au point d'oublier jusqu'à sa langue maternelle. Il avait tout perdu de la civilisation, sauf la couleur blanche, qui l'avait fait reconnaître pour un Européen par l'équipage d'un navire anglais. Ra-

mené en France, il avait lentement appris de nouveau tout ce qu'il avait oublié depuis l'âge de dix-sept ans, et lorsqu'il put enfin rendre compte de son état antérieur, il avouait que l'absence de toute idée étrangère aux appétits les plus grossiers en était le caractère fondamental.

Tel est incontestablement l'état intellectuel et moral de l'homme primitif. Sur un fond aussi nul comment concevoir l'explosion de la folie? On ne voit pas le *clou* où elle pourrait s'accrocher. Il nous est donc facile d'admettre que la folie est inconnue chez les Peaux-Rouges et chez les races noires les plus inférieures. On l'affirme sans le prouver, mais le simple bon sens nous incline à le croire.

Il en est bien autrement lorsque le développement progressif des sociétés a introduit mille complications dans la vie. La multiplication des idées et des besoins donne un essor tout nouveau à l'activité intellectuelle, et, par une nécessité inévitable, le travail de l'éducation s'impose à tous les esprits. C'est là, sans doute, un effort nécessaire, mais qui ne convient pas à toutes les organisations.

Enfin et surtout la lutte pour la vie vient exercer sur l'intelligence une action souvent funeste. Laissez-moi vous le répéter, ce qui tue l'intelligence, ce n'est point l'effort, c'est l'angoisse, c'est le travail doublé d'inquiétude. Je ne saurais rien concevoir de plus salutaire pour l'esprit qu'un travail régulier, au milieu d'une existence assurée. Mais c'est lorsqu'aux efforts de l'esprit se joint l'inquiétude du lendemain, lorsque les soucis, les espérances et les déceptions viennent entrecouper et bouleverser notre carrière, que l'équilibre de nos facultés court le risque d'être détruit, et que l'harmonie des fonctions intellectuelles est faussée par une pression trop violente.

Ces conditions dangereuses, qui se rencontrent de pré-

férence dans les pays les plus civilisés, acquièrent une prépondérance incontestable dans les grands centres de population, dans les villes industrielles, dans les grandes capitales où viennent affluer ces existences catilinaires qui, pour bien des prédisposés, sont le vestibule de la folie.

Il est difficile d'apporter des preuves mathématiques à l'appui de ces assertions. Cependant la statistique semble, dans une certaine mesure, les confirmer. Je vous présente ici quelques chiffres empruntés à des sources multiples.

On trouve 1 aliéné en Autriche sur 1083 habitants; en Prusse, 1 sur 447; en Angleterre, 1 sur 365; en Saxe, 1 sur 385; en Bavière, 1 sur 927; en Suède, 1 sur 998; en Norwège, 1 sur 294; en Danemark, 1 sur 360; aux Etats-Unis, 1 sur 622.

En France, où il existe environ 84 000 aliénés sur une population de 37 millions d'habitants, la proportion serait de 1/440.

Ce tableau ne présente évidemment qu'une valeur approximative. Le chiffre des malades dépend, dans une certaine mesure, de la manière de compter, et l'on pourrait admettre que les pays les plus civilisés sont également ceux où la statistique est le mieux organisée et où, par conséquent, il échappe bien moins d'unités morbides. Il est, d'ailleurs, difficile d'affirmer que la supériorité intellectuelle d'un pays se mesure au nombre des aliénés. On s'explique difficilement l'énorme différence entre la Suède et la Norwège, deux pays juxtaposés et dont la civilisation se ressemble. Il n'en est pas moins vrai que, d'une manière générale, les chiffres que nous venons d'indiquer semblent attribuer aux pays les plus avancés en culture intellectuelle la plus forte proportion d'aliénés.

Mais ce qui paraît absolument incontestable, c'est l'aug-

mentation progressive de la folie en Europe. Dans un seul et même pays où, comme en France et en Angleterre, les mêmes procédés de recensement sont en vigueur depuis plus de quarante ans, l'accroissement constant des maladies mentales est au-dessus de toute contestation, surtout en ce qui concerne l'alcoolisme et la paralysie générale.

Il est enfin un argument, fondé sur les conséquences des mariages consanguins, et qui vient à l'appui de notre thèse. Chez les sauvages, les unions de cette espèce ne paraissent offrir aucun inconvénient, et l'on comprend que, dans de petites tribus, composées à peine de trente à quarante individus, la parenté la plus rapprochée ne saurait être un obstacle à l'union des sexes.

Kane, dans un voyage d'exploration au pôle Nord, a rencontré sous les plus hautes latitudes une agglomération de dix-sept Esquimaux qui vivaient tellement éloignés du reste des humains, qu'ils se croyaient les seuls habitants de la terre ; et cependant, cette petite agglomération d'individus continuait à vivre et à se propager depuis plusieurs générations. Il en est de même, à peu de chose près, dans plusieurs petites vallées des montagnes de l'Europe. C'est ainsi que, dans la vallée de Joux (canton de Vaud), il n'existe parmi les habitants que trois noms de famille, et dans la vallée des Ormonts tout le monde s'appelle *Aviolat.* On prétend que les habitants de ce petit coin de terre sont les descendants d'un patricien de Rome qui, proscrit par l'empereur, vint se réfugier dans les montagnes helvétiques. Quelle que soit l'authenticité de cette tradition, il est incontestable qu'une parenté très étroite doit relier entre eux tous les habitants de cette vallée, et cependant la race n'a point dégénéré.

Par contre, l'influence nocive des mariages consanguins,

chez les habitants des villes ou des pays dont la civilisation est plus avancée, est universellement admise. Plusieurs auteurs ont étudié cette question. Je me contenterai de vous citer un intéressant travail de Bemin, d'après lequel, sur 31 enfants nés de relations incestueuses entre le père et la fille, la mère et le fils, le frère et la sœur, il se trouvait 19 idiots et 1 épileptique.

Or, nous savons que, chez les animaux domestiques, ces unions plus que consanguines sont l'un des plus grands moyens de perfectionnement de la race. C'est ainsi qu'on est parvenu à obtenir les types les plus accomplis du cheval, du bœuf et du mouton. Donc, plus on se rapproche de l'état de nature et plus les unions consanguines favorisent le perfectionnement de l'espèce; plus on s'en éloigne, et plus ces unions conduisent à la folie, à l'idiotie et aux névroses convulsives ; preuve manifeste de l'influence prédisposante de la civilisation.

Je vais maintenant, messieurs, plaider la cause opposée, en vous offrant rapidement le tableau des objections qui se dressent contre cette manière de voir.

Si, dans les pays les plus civilisés, on constate l'existence d'un plus grand nombre de fous, cela tient peut-être à ce que les méthodes de dénombrement sont mieux organisées et plus rigoureusement appliquées. Est-il possible, d'ailleurs, dans un pays quelconque, de connaître exactement le nombre des aliénés? En dehors des villes, en dehors des maisons de santé, combien n'existe-t-il pas de cas qu'on dissimule soigneusement et qu'on dérobe à la connaissance du public pour cacher la honte et le désespoir des familles? D'ailleurs, il existe un grand nombre d'aliénés en liberté qui jouissent paisiblement de leurs droits civils et politiques. J'en connais plusieurs pour ma part, et vous en

trouverez facilement dans le cercle de vos observations personnelles.

Toutes les fois qu'une plainte s'élève au sujet d'une séquestration arbitraire dans un asile, pourquoi le public prend-il si vivement fait et cause contre les aliénistes? Parce qu'il existe dans le public un nombre considérable d'aliénés en liberté qui prennent fait et cause pour un de leurs confrères.

Il est donc impossible de savoir au juste quel est le nombre des fous; mais il paraît évident qu'ils sont plus nombreux à la ville qu'à la campagne. Est-ce une raison pour incriminer les effets d'une plus grande activité intellectuelle? Non, sans doute, car les villes, et surtout les grandes villes, exercent une attraction incontestable sur ces esprits mal équilibrés, sur ces candidats à l'aliénation mentale qui affluent dans les centres populeux soit avant, soit après l'explosion de la folie. Au reste, il paraît bien démontré que, tout au moins dans les villes, l'aliénation mentale est beaucoup plus fréquente, dans la classe pauvre et relativement ignorante, qu'au sein des classes plus élevées par leur éducation et qui vivent davantage de la vie intellectuelle.

Après avoir pesé les arguments et objections que nous venons d'exposer, nous croyons devoir conclure que, selon toute probabilité, les progrès de la civilisation favorisent le développement de l'aliénation mentale. Mais possédons-nous la véritable civilisation? Il est permis de croire, comme le dit Morel dans un passage fort éloquent, que, s'il en était véritablement ainsi, nous verrions dimniuer le nombre des fous, au sein de cette harmonie que des esprits généreux ont rêvée, et que nous sommes encore loin d'avoir réalisée.

Pour compléter l'étude que nous avons entreprise, il nous faut parler de l'influence exercée par des causes morales

de l'ordre le plus élevé : l'éducation, la religion, la politique et les événements extérieurs.

L'éducation exerce-t-elle une influence appréciable sur le développement de la folie? Sans doute, une éducation malsaine et mal dirigée, en diminuant la force de résistance de l'esprit aux causes extérieures, peut faciliter le développement de la folie. Mais on peut se demander, d'une manière plus générale, si, parmi les classes élevées, celles qui jouissent des bienfaits d'une instruction plus étendue et d'un esprit plus cultivé, les troubles de l'entendement sont plus fréquents que chez les gens illettrés. Posée en ces termes, la question est à peu près insoluble, car si le développement intellectuel peut-être exagéré, si la culture intellectuelle est une cause morbigène chez les gens instruits, la misère, l'alcoolisme et leurs conséquences viennent largement compenser dans les rangs inférieurs de la société l'effet des prédispositions que peut créer l'excès de la culture. Ce qui est une vérité incontestable, c'est que l'éducation, portée à un degré excessif et dépassant pour ainsi dire la mesure des intelligences qui la reçoivent, affaiblit l'esprit plutôt qu'elle ne le fortifie. Il n'est pas donné à tous de porter légèrement le fardeau de l'érudition, et nul doute que chez certains sujets le travail exagéré qui leur est imposé dès le collège ne soit une prédisposition aux maladies mentales dans l'avenir.

Mais parmi les résultats les plus immédiats de l'éducation, les tendances religieuses occupent le premier rang. Il est hors de doute que, poussée dans cette direction par des excitations qui datent le plus souvent des premières années de la vie, l'intelligence peut dévier; mais il faut établir ici une distinction profonde entre les temps de repos et les périodes d'agitation. Dans les moments de calme, lorsque

rien ne vient surchauffer les croyances, la folie religieuse est relativement moins fréquente. Elle se développe au contraire avec intensité dans les moments troublés, aux époques de renouvellement et de bouleversement des croyances, de réformes religieuses et de polémiques ardentes. C'est alors surtout qu'on voit se développer ces épidémies qui ont joué un rôle si considérable dans l'histoire. Les protestants des Cévennes, les anabaptistes allemands et, dans des temps plus calmes, les méthodistes en Suède et en Angleterre, en ont offert de nombreux exemples. Au reste, ces épidémies peuvent se développer dans des foyers souvent fort limités ; telles sont les crises qui ont sévi plus d'une fois dans les couvents ; telles sont les épidémies locales, dont on connaît de nombreux exemples et dont les possédées de Morzine offrent l'un des types les plus récents.

Dans les temps plus calmes et chez des esprits non surexcités, la folie peut survenir par la concentration trop constante de l'esprit sur certaines questions théologiques ; mais il ne faut point oublier que souvent le délire religieux n'est que la première manifestation de la folie, comme l'alcoolisme et l'excitation sexuelle. On dit volontiers alors du malade qu'il est devenu fou par excès de religion ; il faudrait dire, au contraire, que ses exagérations religieuses étaient le premier indice de sa maladie. Quoi qu'il en soit, la folie est certainement plus commune chez les natures actives que chez celles dont l'esprit est passif. Voilà pourquoi sans doute l'aliénation est beaucoup plus fréquente chez les protestants que chez les catholiques. Comparez à cet égard l'Autriche à la Prusse, et la Saxe à la Bavière, et vous serez suffisamment édifiés. Dans l'Orient musulman, la folie est, dit-on, très rare, et ce n'est cependant pas le fanatisme qui

manque, mais la religion ne tend pas ici à susciter l'activité intellectuelle. On dit enfin que la folie est peu commune en Chine et au Japon. Il convient d'ajouter que les Chinois sont le peuple le moins religieux de la terre, et s'ils se plient à certaines formalités, c'est surtout par respect pour les bienséances et non par l'effet d'une croyance profondément enracinée.

On a beaucoup parlé de l'influence de la guerre et de ses désastres, et cela surtout à la suite des événements de 1870. Quand les Prussiens brûlaient en France des villages entiers, on a vu de malheureux paysans, en présence des flammes qui dévoraient leurs pauvres maisons, devenir subitement fous. Mais il n'est aucun désastre inattendu qui ne soit capable de produire de semblables effets.

Restent enfin les institutions politiques, et l'on ne saurait nier leur influence. Les pays libres, les pays de discussion fournissent des cas beaucoup plus nombreux de folie que les royaumes absolus. Mais il faut ici rappeler la distinction que nous avons précédemment établie; l'excitation politique peut sans doute produire des cas de folie, mais le plus souvent elle se borne à les mettre en évidence. Aux époques de commotion politique, ces aliénés que la société recèle dans ses profondeurs montent volontiers à la surface et se révèlent tout entiers.

Il est donc possible (et je le crois pour ma part) que les mœurs de la liberté favorisent le développement de l'aliénation mentale; et quand même il en serait ainsi, la liberté même à ce prix vaudrait la peine d'être conquise. Mais pour sa justification il est permis de dire que le plus souvent elle ne fait que mettre en lumière ce qui existait déjà, et que le véritable remède aux excitations morbides qu'elle peut développer se trouve dans une éducation saine, so-

lide et fortifiante, dont seule elle peut nous assurer le bienfait.

Après avoir étudié au point de vue le plus synthétique les origines de l'aliénation mentale, après avoir insisté sur le rôle de l'hérédité, de l'état social, de la civilisation, de l'éducation, des croyances religieuses et des institutions politiques, nous allons nous occuper des causes qui, tout en restant dans la sphère des influences générales, se rapprochent davantage de l'individu et le serrent pour ainsi dire de plus près : je veux parler de l'âge, du sexe, du mariage, et du célibat, des conditions hygiéniques, enfin du climat et de ces influences cosmiques auxquelles la médecine ancienne accordait une importance plus considérable que nous ne le faisons aujourd'hui. Nous allons étudier successivement ces points divers.

La folie est, chez beaucoup de ses tributaires, une maladie d'évolution, c'est-à-dire que le germe caché se manifeste de préférence à une époque déterminée de la vie de l'individu.

On peut décomposer en décades l'existence humaine, et d'après une statistique que nous empruntons à Tuke et Bucknill, sur 10 000 aliénés, on en trouve :

Au-dessous de 10 ans	96
De 10 à 20 ans	1277
De 20 à 30 ans	3253
De 30 à 40 ans	2000
De 40 à 50 ans	1590
De 50 à 60 ans	1060
De 60 à 70 ans	603
De 70 à 80 ans	97
Au-dessus de 80 ans	24

Mais la division par décades est absolument artificielle, et nous préférons comme infiniment plus naturelle la classifi-

cation de Varron, qui établit des périodes, non de dix, mais de quinze années. Ainsi, pour donner à ces étapes successives des noms caractéristiques, nous aurions : de 0 à 15 ans, la période d'organisation ; de 15 à 30 ans, la période d'évolution ; de 30 à 45 ans, la période d'état; de 45 à 60 ans, la période d'involution ; de 60 à 75 ans, la période d'insénescence.

Or, ce sont évidemment la deuxième et la troisième période qui sont les plus exposées à l'explosion de la folie. De plus, il y a pour ainsi dire des nœuds dans la courbe qui méritent spécialement de fixer notre attention. Vers quinze ans, à la fin de la première période, arrive la puberté. A quarante-cinq ans, ou un peu plus tard, se produit l'âge critique : ce sont en quelque sorte les deux limites de la période la plus active de l'existence ; au moment de la puberté, on commence à devenir adulte ; après l'âge critique, on commence à vieillir. Cette dernière limite, il est juste de le dire, est moins nettement marquée chez l'homme que chez la femme, où la cessation d'une fonction physiologique marque une époque essentiellement orageuse au point de vue morbide.

La folie se développe très fréquemment au moment de la puberté (hébéphrénie des Allemands). A cet âge, le délire prend une forme habituellement mélancolique, avec tendance au suicide. Le sujet peut verser dans la démence. A l'époque critique, on voit se développer très souvent chez les femmes une forme toute particulière d'aliénation mentale dont nous aurons l'occasion de parler à propos des folies sympathiques.

Par contre, la folie est extrêmement rare dans l'enfance, excepté chez les héréditaires ; elle est peu commune chez les vieillards, mais, par compensation, on peut affirmer que, sur

trois personnes âgées, il en est au moins une qui présente des irrégularités de caractère ou des lacunes intellectuelles qui permettent d'affirmer que l'esprit n'est pas absolument sain.

En résumé, le véritable domaine de la folie, quelle que soit d'ailleurs sa forme, est cette longue période qui s'étend depuis la puberté jusqu'à la cinquantaine. C'est l'époque de la plus grande activité intellectuelle ; c'est encore la période la plus favorable aux aberrations de l'esprit. Du reste, comme le terme de trente-cinq ans embrasse la meilleure partie de la vie humaine, il suffirait de dire que l'aliénation mentale est infiniment plus rare aux deux extrémités de la vie que dans la partie moyenne de son cours.

Il est difficile d'établir un partage équitable de la folie entre les deux sexes. Cœlius Aurelianus affirme que les femmes sont moins sujettes à la folie que les hommes. Pour Esquirol, elles le seraient davantage. Il est évident qu'on ne saurait à cet égard rien affirmer sous une forme absolue. D'une part, la paralysie générale et l'alcoolisme exercent surtout leurs ravages dans le sexe masculin. D'autre part, la folie génitale est plus commune chez la femme. Le délire de la puberté frappe également les deux sexes. Mais la folie puerpérale, la folie de lactation, la folie utérine, celle de l'âge critique, celle qui se rattache à l'hystérie sont le partage exclusif de la femme. Enfin si chez l'homme les fatigues, les excès, les travaux intellectuels sont de graves prédispositions à la folie, chez la femme les émotions pénibles plus vivement et plus profondément ressenties sont une des causes les plus fréquentes de l'aliénation mentale. Il semble donc que la balance est à peu près égale. Si, pour trancher la question, l'on s'adresse au criterium brutal de la statis-

tique, on trouve qu'en France et en Angleterre, c'est dans le sexe masculin que se trouve la proportion la plus élevée d'aliénés. Mais il faut se rappeler qu'il existe parmi les hommes une population considérable d'idiots et de crétins, ce qui rétablit l'équilibre dans une certaine mesure, car si l'on déduit ces congénitaux du nombre total des aliénés, on trouve moins de fous dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. En Prusse, dans les asiles, on trouve une proportion de six femmes aliénées contre cinq hommes. Il faudrait peut-être admettre, avec Jarvis, que la race influe dans une certaine mesure sur ce point. Quoi qu'il en soit, la différence entre les deux sexes au point de vue de l'aliénation est relativement peu importante.

Toutes les statistiques s'accordent à faire l'éloge du mariage et à signaler chez les célibataires et les veufs une plus forte proportion d'aliénés. Mariez-vous donc, messieurs, et deux fois plutôt qu'une. Mais je dois vous prévenir que, d'après tous les auteurs, l'une des causes les plus fréquentes de la folie, ce sont les chagrins, les soucis et les dissentiments de la vie conjugale. Il semble assez difficile de réconcilier ces données contradictoires. Il vaut peut-être mieux changer les termes de la question et se demander quels sont les célibataires qui deviennent fous.

A part les exceptions, la plupart des célibataires du sexe masculin sont pauvres d'argent ou de santé. Les premiers n'ont jamais pu fonder une famille, parce que les moyens matériels leur faisaient défaut; les seconds ont dû renoncer à la vie conjugale, pour cause de misère physiologique. Chez les premiers, les privations, le travail et l'angoisse ont contribué plus peut-être que le célibat à développer la folie; chez les seconds, les prédispositions morbides ou-

vraient largement la porte à l'ennemi. Mais un bon chanoine, pourvu d'une grosse prébende et d'une brillante santé est un célibataire très normal, qui peut vivre longtemps sans présenter le moindre trouble intellectuel.

Restent enfin les hommes vicieux, qui, s'adonnant à la débauche, sont peut-être les seuls célibataires dont la condition favorise directement l'explosion de la folie. Mais il ne faut point oublier que si beaucoup de fous des deux sexes sont célibataires, c'est précisément parce qu'ils sont fous; frappés de bonne heure dans leurs œuvres vives, ils se sont vus rejetés en dehors du mariage par la fatalité même de leur position.

Chez les veuves, on rencontre une proportion exagérée de folles, et cela ne s'explique que trop facilement lorsqu'on songe aux difficultés et aux douleurs sans nombre dont leur existence est entourée.

Quant aux prostituées, elles versent facilement dans l'aliénation mentale, d'une part, en raison des excès alcooliques qu'elles sont habituées à commettre, d'autre part, en raison de la faiblesse d'esprit qui chez beaucoup d'entre elles est un vice congénital. Tous les médecins qui se sont occupés de cette classe particulière de la société conviendront sans peine que l'intelligence y est à un niveau très inférieur; et ce n'est point sans raison que le corps admirable de la Vénus de Milo est surmonté d'une tête d'enfant : c'est une beauté microcéphale.

Occupons-nous maintenant de l'influence des milieux. Il serait fort intéressant de savoir quels sont les climats dont les conditions influent le plus énergiquement sur le développement de la folie; mais dans l'état actuel de la science, il nous paraît impossible de résoudre la question. Les ré-

sultats de la statistique ne sont point comparables entre eux. Nous savons, en effet, que les pays tempérés sont aussi les plus civilisés du globe et en même temps les plus riches en aliénés. Il est donc impossible de discuter sérieusement l'influence favorable ou nuisible du climat dans des contrées dont la population est si différente de la nôtre.

Comment comparer, en effet, les noirs de l'Afrique centrale ou les races jaunes de la Malaisie avec les peuples de l'Europe?

A l'exemple d'Hippocrate, nous rapprocherons les climats des saisons. Ici l'affirmation est possible. L'explosion de la folie est certainement plus fréquente en été qu'en hiver. Le nombre d'aliénés amenés au bureau municipal de la préfecture de police est beaucoup plus considérable aux mois de juillet et d'août qu'à toute autre époque de l'année. Mais il est probable que l'alcoolisme joue ici un rôle important, car c'est surtout pendant les grandes chaleurs qu'on éprouve le besoin de se désaltérer.

Les troubles météorologiques, les orages, les vents, le tonnerre, les grandes chaleurs ont une influence incontestable sur la population des asiles; leur action est plus difficile à démontrer pour ce qui tient au développement de la folie chez les gens sains d'esprit. Quant à l'influence de la lune, elle est reléguée au rang des vieilles fables, bien que cette idée ait eu autrefois assez de crédit pour faire donner le nom de lunatiques aux insensés, et c'est encore ainsi qu'on les désigne en Angleterre.

L'habitation de l'homme est un milieu constant dont les effets peuvent être comparés à ceux du climat. Il n'est donc pas sans intérêt de comparer, au point de vue de l'aliénation mentale, les habitants de la campagne à ceux des villes.

Il est incontestable qu'en France les *ruraux* fournissent un tribut beaucoup moins considérable à la folie que les citadins. Le calme relatif de leur existence peut expliquer cet avantage; mais par compensation les arrêts de développement, l'idiotie et le crétinisme sont infiniment plus fréquents chez les populations champêtres.

Par contre, si nous traversons la Manche, nous trouvons dans les Iles-Britanniques une proportion beaucoup plus considérable de fous chez les gens de la campagne que chez les habitants des villes. Ce contraste entre la France et l'Angleterre s'explique probablement par la différence des conditions sociales. Le paysan français est incontestablement plus heureux, mieux nourri, mieux partagé sous tous les rapports que le laboureur anglais. Pour descendre encore plus bas dans l'échelle de la misère, il faut passer en Irlande. Pour se faire une idée de l'état du dénuement où se trouve la population agricole de ce malheureux pays, il convient de lire le travail si remarquable de M. le professeur Sigerson (1). Or, nous savons que l'une des causes prédisposantes les plus énergiques de l'aliénation mentale, c'est la misère avec toutes ses conséquences. Nous trouverons peut-être dans ces considérations la clef de la différence qui existe, sous ce rapport, entre la France et l'Angleterre.

(1) *France médicale*, 1881, t. II, n°s 39, 40 et 41.

DIX-HUITIÈME LEÇON

DES CAUSES DE LA FOLIE (SUITE).

SOMMAIRE. — Causes prédisposantes générales. — Professions. — Soldats et marins. — Professions libérales. — Professions manuelles. — Prisonniers. — Influence de l'emprisonnement cellulaire. — Influence des premiers mois. — Gravité du pronostic.

Causes individuelles. — Constitution du sujet. — Névroses. — Affections cérébrales ou spinales. — Maladies diasthésiques. — Maladies infectieuses. — Folies sympathiques.

Causes occasionnelles. — Causes physiques. — Traumatismes cérébraux. — Lésions de l'oreille. — Répercussion des exanthèmes. — Insolation. — Mauvaises conditions hygiéniques. — Causes morales. — Perte de la virginité. — Emotions, revers et chagrins. — Changements d'état soudains. — Contagion de la folie.

MESSIEURS,

S'il nous fallait dérouler dans tous ses détails l'histoire des origines de la folie, le temps nous manquerait pour atteindre le terme de cette étude. Je vais donc essayer de condenser le plus possible les renseignements qu'il me reste à vous présenter.

Deux points principaux doivent surtout nous occuper ; les influences prédisposantes et les causes occasionnelles.

De toutes les causes prédisposantes, celle qui semble atteindre le plus directement l'individu, c'est incontestablement la profession qu'il exerce ; et ce serait pour la science un immense avantage que de posséder des statistiques exactes, authentiques et bien condensées qui nous permettraient d'attribuer à chaque profession la part de

responsabilité qui lui incombe. Malheureusement il ne saurait en être ainsi dans les pays civilisés, où l'immense diversité des occupations exclut toute possibilité d'une classification rationnelle. Jetez les yeux sur le tableau des patentes, tel que le publie le *Journal officiel*, et vous serez écrasés par l'immensité de ce document, et surtout par les renseignements complètement imprévus qu'il renferme. A chaque ligne, on voit surgir des professions absolument inattendues et dont l'existence est pour nous une révélation. Contentons-nous donc de signaler quelques résultats généraux.

Dans tous les pays du monde, une place d'honneur est réservée aux militaires dans les fastes de l'aliénation mentale. La statistique anglaise accorde le premier rang à ceux qui sont occupés à la défense du pays, soit comme militaires, soit comme marins. En France et en Allemagne, sans être aussi considérable, la proportion est extrêmement forte. On s'explique ce résultat chez les hommes par la nostalgie, par les fatigues excessives alternant avec des périodes d'oisiveté, par l'alcoolisme, par l'insuffisance de la nourriture, enfin, par la syphilis; car, comme le dit Voltaire, quand deux armées de trente mille hommes se rencontrent, il y a quarante mille vérolés sur le champ de bataille.

Chez les officiers, on peut invoquer les excès de tous genres, les travaux intellectuels, quelquefois très sévères, les climats malsains qu'il a fallu supporter, la vie de garnison, les maladies qu'il a fallu souvent négliger, enfin le défaut d'avancement, source d'irritation et d'énervement dont on ne saurait exagérer la portée. Ces causes agissent avec bien plus d'intensité pendant la guerre qu'en temps de paix. Aux fatigues excessives, aux marches forcées vient

se joindre la privation de nourriture et de sommeil, souvent accompagnée d'excès alcooliques. Il faut y joindre la douleur de perdre ses amis et ses camarades, les angoisses patriotiques et l'affaissement de la captivité.

Souvent, sans folie positive, il existe chez les vieux guerriers une grande irritabilité nerveuse, qui leur rend le caractère extrêmement difficile.

Quand l'aliénation mentale éclate chez les militaires, elle affecte de préférence deux formes particulières : d'abord la paralysie générale, très fréquente dans les rangs de l'armée, ensuite l'impulsion au suicide, qui sévit quelquefois d'une manière épidémique dans certains régiments.

Passons maintenant aux professions dites libérales. On rencontre assez souvent la folie chez les ecclésiastiques, mais elle est infiniment plus fréquente chez les hommes de loi, et, d'après les statistiques anglaises, le barreau fournit deux fois plus d'aliénés que la chaire.

C'est à peine si j'ose vous signaler une prépondérance fâcheuse au sujet de notre profession, mais il est incontestable que les médecins sont extrêmement prédisposés à l'aliénation mentale ; et parmi les médecins, les plus exposés, dit-on, ce sont les aliénistes. On invoque à cet égard le contact journalier des aliénés. C'est là une cause d'ordre banal, qui peut agir sans doute sur des intelligences prédisposées, mais qui ne saurait entamer les esprits fermement assis et carrés par la base.

Ajoutons enfin qu'on rencontre beaucoup de fous parmi les acteurs, les artistes, les journalistes et les hommes politiques.

Mais dans tous les cas que nous venons d'indiquer on peut incriminer le travail excessif de l'intelligence ; il n'en est pas de même chez les sujets qui exercent une profes-

sion manuelle. Dans cette classe de la société, le premier rang appartient sans conteste aux hommes exposés à de fortes chaleurs ; tels sont, par exemple, les cuisiniers et les raffineurs. Nous trouvons, par contre, au bas, de l'échelle les professions calmes et sédentaires, les épiciers, les tailleurs; enfin, parmi les plus favorisés, il faut classer les petits rentiers, que leur situation modeste met à l'abri des privations et des excès.

Mais il est une catégorie particulière d'individus qui présentent une prédisposition toute spéciale à la folie : ce sont les prisonniers. Il ne s'agit point là, direz-vous, d'une profession ; non sans doute, et pourtant il est des individus pour qui l'état de prisonnier est une véritable position sociale.

Notons d'abord les prédispositions. En laissant de côté les grands criminels, nul doute que la folie plus ou moins latente n'existe chez un grand nombre de petits délinquants. D'après M. le professeur Lasègue, près d'un tiers des fous qu'on conduit à la préfecture ont sur la conscience quelque délit suivi d'une condamnation plus ou moins grave, et, comme le fait observer M. Sauze, une partie considérable de la population des prisons serait mieux placée dans les asiles d'aliénés. Chez plusieurs de ces sujets, il existe des lésions physiques, des infirmités cérébrales, de l'épilepsie ; tous d'ailleurs ou presque tous ont des antécédents déplorables; ils ont vécu dans la crapule et la misère. Au reste, comme le fait observer Delbrück, ce sont surtout les criminels impulsifs, ceux qui commettent des violences contre les personnes qui présentent ces prédispositions ; les voleurs et surtout les voleurs de profession sont beaucoup moins exposés à l'aliénation mentale.

Reste à déterminer l'influence des prisons elles-mêmes

sur leurs habitants. Tous les prisonniers ont à souffrir du manque d'air, du manque d'exercice, d'une nourriture imparfaite et de l'ennui qui ronge plus énergiquement les natures vulgaires que les esprits cultivés. L'homme inculte, en effet, vit surtout par les sensations extérieures, dont il est privé dans son cachot.

Telles sont les conditions générales où se trouvent tous les sujets enfermés dans une prison ; mais il est des conditions spéciales qui peuvent influer plus énergiquement encore sur l'état mental.

Il existe, en effet, une profonde différence à cet égard entre l'emprisonnement cellulaire et l'emprisonnement collectif. Le système adopté dans certains établissements prive totalement le prisonnier de toute communication avec ses semblables. Enfermé dans une cellule où il ne voit personne, surveillé par des gardiens dont il n'entend même pas la voix et qui circulent sans bruit dans les couloirs, le prisonnier est conduit tous les dimanches dans une chapelle où il se trouve enfermé dans une stalle qui lui dérobe la vue de ses voisins et ne lui laisse voir que le prédicateur. Tel était autrefois le système adopté en Pensylvanie.

L'emprisonnement cellulaire, plus ou moins complet, a pour effet chez presque tous les sujets d'amoindrir l'acuité auditive. Plusieurs individus, à leur sortie de prison, se trouvent presque complètement sourds. Mais il a également pour effet d'affaiblir les facultés intellectuelles et de conduire certains prisonniers par une pente graduelle vers la démence. Avant d'atteindre ce dernier terme, le sujet peut traverser les diverses formes de l'aliénation mentale ; il est souvent atteint d'hallucinations de l'ouïe qui retentissent pour ainsi dire avec une force insolite, au milieu du silence où il est plongé.

Bien différent de l'emprisonnement cellulaire, l'emprisonnement collectif pervertit les mœurs et conduit au vice; mais il ne mène pas à la folie et n'affaiblit nullement les capacités mentales.

D'après les statistiques recueillies à Dublin, l'emprisonnement cellulaire donnerait une proportion de 11,56 pour 100 d'aliénés, tandis que l'emprisonnement collectif n'en fournirait que 0,24.

Nous avons maintenant à vous signaler un second point de vue très intéressant. La folie se manifeste chez les prisonniers surtout dans les premiers six mois de leur captivité. La tolérance s'établit dans le second semestre et après une année révolue il ne se produit que très rarement des cas de folie. Cela se comprend assez; car une fois la violence des premières impressions calmée, le prisonnier s'habitue à son sort et prend pour ainsi dire la forme du moule où il est enfermé.

Un troisième point est plus important encore : si la folie des prisonniers est analogue aux aliénations mentales des sujets en liberté; si les formes les plus habituelles sont la manie, la mélancolie et l'hypochondrie, il n'en est pas moins vrai que le pronostic est tout autre. La folie des prisonniers se caractérise surtout par la gravité de la maladie, par la rapidité de sa marche et par une tendance marquée vers la démence. C'est surtout chez les isolés qu'il en est ainsi; au début de la maladie, plusieurs d'entre eux guérissent lorsqu'on les rend à la prison collective.

On constate d'une manière générale chez les aliénés prisonniers la prédominance d'un délire plaintif. Ils parlent sans cesse des injustices commises à leur égard, des persécutions dont ils sont l'objet; ils sont tourmentés par des espérances de pardon sans cesse renaissantes et constam-

ment trompées. Ils sont entretenus dans ces convictions erronées par les hallucinations de l'ouïe qui leur annoncent souvent une grâce prochaine.

En résumé, l'individu qui entre en prison en sort presque toujours amoindri au triple point de vue intellectuel, physique et moral.

Messieurs, je crois avoir épuisé ou à peu près la liste des causes de la folie qui présentent un caractère général. Je vais maintenant vous parler de celles qui se rattachent le plus directement à l'individu. Ce sont les maladies et les prédispositions morbides.

Notons d'abord la constitution du sujet; le tempérament névropathique, comme l'a dit Sandras, conduit facilement à la folie, qui souvent, comme le fait observer Morel, n'est que l'exagération du caractère habituel de l'individu. Mais, au delà des tempéraments névropathiques, il y a les névroses, qui fournissent à l'aliénation mentale un riche contingent. L'épilepsie, l'hystérie, la chorée, le goître exophthalmique, la paralysie agitante et même les névralgies sont des causes actives d'aliénation mentale.

Quant aux affections organiques de l'encéphale, il est relativement peu de cas de véritable folie qui relèvent de cette cause. La forme de déchéance intellectuelle qui résulte le plus spécialement des lésions matérielles de l'encéphale est la démence avec ou sans aphasie. Aux affections cérébrales, il faut joindre les affections spinales qui peuvent influer à leur tour sur le développement des affections mentales.

Les maladies générales et diathésiques ont aussi une influence directe sur la folie. La goutte, le rhumatisme, le scrofule, la phthisie, la syphilis, sont des exemples qui se présentent immédiatement à l'esprit; on peut en rappro-

cher les maladies infectieuses, le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives et surtout la variole, enfin les fièvres intermittentes.

On doit aussi faire une large part aux appauvrissements divers du sang et plus spécialement à la chlorose et à l'anémie.

Quant aux affections des organes éloignés des principaux viscères de l'économie, elles donnent naissance à l'immense famille des folies sympathiques. Le type de ces désordres intellectuels, ce sont les folies génitales ou dysphrénies sexuelles. L'influence des organes génitaux sur les fonctions de l'intelligence est tellement connue, qu'il nous suffit de l'indiquer ici. Mais un rôle important doit être également attribué aux affections de l'estomac et des intestins, ainsi qu'aux maladies vermineuses. Il faut y joindre les maladies du foie, les maladies des reins et surtout les affections aiguës ou chroniques des organes respiratoires. Enfin les maladies du cœur exercent une influence qui n'a jamais été contestée sur les troubles intellectuels. En réalité, elles n'agissent pas à la manière des maladies sympathiques, mais elles troublent surtout l'organe de la pensée, en agissant directement sur la circulation qui le nourrit. Tantôt, en effet, les folies cardiaques sont congestives, tantôt elles sont anémiques, tantôt enfin elles relèvent d'une asphyxie incomplète.

Mais il est un principe général qu'il ne faut jamais oublier, c'est que, sans une prédisposition spéciale, qui prépare pour ainsi dire le terrain sur lequel doit s'exercer l'action nocive de la maladie, ces causes morbides ne sauraient jamais atteindre l'intégrité des fonctions intellectuelles. Il faut ici, comme partout ailleurs, le concours de la *semence* et du *terrain* pour faire germer la moisson pathologique.

Je me suis attaché jusqu'ici à mettre en lumière les pré-

dispositions qui souvent influent sur l'origine de la folie. Je me suis efforcé de vous montrer que la constitution du sujet, ses affinités morbides, ses qualités héréditaires, enfin, le milieu dans lequel il a vécu, sont les assises du terrain pathologique sur lequel doit germer l'aliénation mentale. Il nous reste maintenant à parcourir la série des causes occasionnelles, c'est-à-dire des accidents qui viennent provoquer l'explosion d'une maladie jusqu'alors latente et qui couvait dans l'ombre. L'arme est chargée, le coup va partir dès qu'on aura pressé sur la détente. Tel est, en médecine mentale, le rôle des causes occasionnelles.

On les divise en causes physiques et en causes morales ; mais parmi les causes physiques, il en est plusieurs que nous avons déjà classées parmi les prédispositions; telles sont, par exemple, les maladies, soit locales, soit générales, soit diathésiques, soit accidentelles, dans le cours desquelles l'aliénation mentale peut éclater. Il s'agira donc exclusivement ici des causes immédiates qui provoquent directement l'explosion des accidents à la manière d'un choc qui fait jaillir l'étincelle.

De toutes ces causes, la plus directe est le traumatisme. Les chutes, les coups, les blessures à la tête peuvent déterminer soit une commotion cérébrale, soit une lésion consécutive, soit un délire instantané.

Les tumeurs cérébrales reconnaissent souvent pour cause un traumatisme extérieur. On trouve à cet égard de nombreuses observations dans les auteurs et l'on ne peut conserver aucun doute sur la réalité de cette filiation morbide. On comprend donc aisément pourquoi des altérations profondes du cerveau conduisant à la folie peuvent être déterminées par un accident de ce genre. La paralysie générale semblerait résulter assez souvent d'un coup sur la tête.

Morel rapporte l'observation d'un gendarme qui, à la suite d'une chute de cheval, devint, mais longtemps après l'accident, paralytique général. Nous avons en ce moment à la Clinique un cas fort remarquable de ce genre. Il s'agit d'un homme qui, conduisant une voiture lourdement chargée, fut renversé avec son véhicule. Il reçut un coup à la tête, perdit connaissance et passa deux mois dans un asile d'aliénés. Il revint graduellement à la santé, mais, des deux langues qu'il avait apprises, le français et l'allemand, il en avait oublié une, il ne parlait plus que le français. Bientôt on s'aperçut que son intelligence avait notablement baissé; il perdait la mémoire et s'exprimait très difficilement. Incapable de travailler, il dut entrer dans mon service à l'hôpital Laennec, d'où il a été transféré à la Clinique. Il présente aujourd'hui tous les symptômes d'une paralysie générale fort avancée.

Souvent aussi les traumatismes de la tête déterminent une commotion cérébrale; le malade se rétablit promptement, mais il lui reste une prédisposition morbide qui le fait délirer sous l'influence des causes les plus légères. Quelques excès alcooliques, une simple orgie, une querelle tant soit peu violente, suffisent alors pour faire dérailler son jugement et provoquer l'explosion de la folie.

Mais il existe des observations où l'on a vu le délire éclater immédiatement. Mon maître Chassaignac en a rapporté un exemple frappant. Une femme de quarante-cinq ans tombe du haut d'un escalier en bois ; on la transporte à l'hôpital dans un état d'excitation maniaque caractérisé par un bavardage incessant. Elle guérit rapidement après une application de sangsues.

Le processus qui se produit en pareil cas se montre à nu pour ainsi dire dans une observation de Wherry-

Bacon (1). Un homme de trente-huit ans, sculpteur sur bois, est frappé par un lourd marteau qui lui tombe sur la tête d'une hauteur de 6 pieds. Il ne perd pas connaissance, mais à partir de ce moment il est tourmenté par des vertiges et un malaise général ; son esprit s'affaiblit, il devient incapable de travailler. Cinq mois plus tard, il est pris de folie avec impulsion au suicide. Transporté dans un asile d'aliénés, il subit l'opération du trépan au lieu de la blessure, c'est-à-dire sur le pariétal gauche. Au-dessous de l'os, on trouve la dure-mère tuméfiée, iolacée, épaissie. La guérison se fait rapidement et le malade est rendu à ses occupations trois mois après avoir subi l'opération.

Vous me permettrez, à cette occasion, de vous faire observer combien est dangereuse la brutalité de certains maîtres qui frappent leurs élèves à la tête. Il en est souvent résulté des troubles intellectuels permanents et profonds qui ont influé sur l'avenir des petits malades. On peut en dire autant de ces coups sur la tête qui sont si souvent le résultat de la turbulence des jeunes enfants.

Je passe maintenant à un autre ordre de causes très voisines des précédentes : je veux parler des lésions de l'oreille interne et moyenne. Toynbee a démontré que les inflammations de la caisse ont souvent pour conséquence la carie des os du crâne et des abcès du cerveau. La mort peut être souvent le résultat de ce processus pathologique ; mais, à un moindre degré, c'est l'aliénation mentale qui se manifeste, et voilà pourquoi chez certains sujets on voit la folie se développer sous des causes en apparence insignifiantes, un simple rhume de cerveau par exemple ;

(1) *British Medical Journal*, 16 octobre 1880.

c'est que l'inflammation partie des fosses nasales a gagné la trompe d'Eustache et a pénétré dans l'oreille interne.

Une autre cause d'ordre purement physique est la répercussion des exanthèmes, dont l'influence a été signalée de tous temps. Il faut y joindre les érysipèles du cuir chevelu qui, selon M. Baillarger, sont presque l'équivalent d'un traumatisme local.

Il est une autre cause d'ordre physique dont l'importance est tellement considérable, que nous croyons devoir lui accorder une place à part : il s'agit de l'insolation. Les effets de la chaleur sur la tête ont été étudiés par de nombreux auteurs. Le premier résultat est une élévation rapide de la température, qui peut s'élever à 40 et 42 degrés et même au delà. La respiration s'accélère ; le pouls bat quelquefois jusqu'à 140 fois par minute. On voit éclater des sueurs profuses, phénomène qui coïncide par moments avec la suppression des urines.

On voit apparaître en même temps des phénomènes nerveux ; il se produit du vertige, des tintements d'oreille, des éblouissements, une sensation de pression, une douleur à la nuque.

Les troubles intellectuels ne tardent pas à paraître ; il s'agit surtout d'une dépression morale, d'une tristesse profonde qui peut aller jusqu'à la lypémanie et s'accompagner d'hallucinations. C'est alors que se produisent ces impulsions au suicide qui ont été si souvent signalées dans les armées en campagne. Souvent, sous l'influence de cet état, les soldats se tirent un coup de fusil et restent morts sur place.

Quand les accidents n'ont point dépassé le premier degré, la fraîcheur, des boissons rafraîchissantes et quelques soins hygiéniques peuvent souvent rétablir le malade. Mais si

l'action de la chaleur se prolonge, les phénomènes deviennent de plus en plus graves ; il se produit des convulsions accompagnées d'un délire des plus violents, et qui se terminent fréquemment par la mort.

Mais ce qui nous intéresse le plus, c'est de connaître l'état intellectuel des sujets qui ont échappé à la maladie. Il existe souvent chez eux une excitabilité cérébrale qui les expose à des accidents très graves, sous l'influence de causes très légères. On voit alors éclater un délire aigu bientôt suivi de mort.

D'autres fois, c'est une folie chronique qui succède à l'insolation ; on peut observer alors toutes les formes du délire ; celle qui prédomine le plus habituellement est l'excitation maniaque avec affaiblissement progressif de l'intelligence. La démence envahit bientôt la scène, le malade est frappé de paralysies multiples et finit par succomber.

Les lésions anatomiques sont très variables ; on a constaté de la méningite, de la méningo-encéphalite, de la pachyméningite et de l'œdème cérébral. Quand toutes ces lésions font défaut, on trouve souvent une congestion veineuse très intense. Enfin, L. Meyer a signalé un cas de sclérose cérébrale.

Pour compléter le tableau des causes physiques de la folie, je devrais vous signaler les effets du froid, ceux de l'inanition et de quelques autres conditions hygiéniques fâcheuses ; mais, pressé par le temps, je crois devoir terminer ici cette énumération.

Il me tarde, en effet, d'arriver aux causes morales, qui sont incontestablement l'origine la plus classique des maladies mentales. On peut se demander quelle est la fréquence relative des deux grands ordres de causes qui engendrent la

folie. Esquirol, Guislain, Parchappe, Morel et les auteurs français accordent une grande prépondérance aux causes morales. Les observateurs modernes, surtout en Angleterre, accorderaient volontiers une plus grande part d'influence aux causes physiques. Il me paraît absolument inutile de citer ici des chiffres.

Mais, vous le comprendrez aisément, tout dépend de l'interprétation des faits. Si, conformément aux idées que je viens de vous exposer, l'on accorde une importance capitale aux prédispositions morbides, alors, sans aucun doute, les troubles physiques prendront le premier rang; si l'on restreint le débat aux causes immédiates de la folie, les émotions morales occuperont de droit la première place.

D'ailleurs, il est des cas où la distinction est vraiment difficile à établir. Parmi les causes de la folie, il en est une dont l'action est incontestable. C'est la perte de la virginité. On a vu des jeunes femmes, immédiatement après leur mariage, ou à la suite d'une violence dont elles ont été victimes, perdre subitement la raison. C'est la folie *post-connubiale* des Anglais. S'agit-il, dans l'espèce, d'une cause morale ou d'une cause physique? La discussion serait évidemment oiseuse et stérile, et l'on peut en dire autant de toute la polémique soulevée au sujet de la prépondérance des causes psychologiques ou matérielles sur le développement des maladies mentales.

Il nous suffira de dire qu'après avoir réservé la part des prédispositions morbides, on ne saurait contester l'immense influence des émotions morales. Toute impression violente portée sur les facultés intellectuelles détermine un trouble momentané dans les fonctions cérébrales. Pour peu que la nature s'y prête, l'effet devient permanent. La frayeur, la joie, les chagrins sont autant de causes qui

peuvent incontestablement déterminer la folie. Les exemples surabondent et l'on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix.

La frayeur peut brusquement déterminer un accès de folie. On a vu des soldats perdre la raison pendant un bombardement, et, sur le champ de bataille, il est des hommes qui en voyant tomber leurs camarades, sont devenus fous. J'ai connu un homme excellent, mais qui manquait entièrement de courage, qui, assistant de loin à une chasse au cerf, se croyait en sûreté, lorsque tout à coup il se trouva brusquement en face de l'animal irrité, qui venait de franchir une petite rivière ; il ne reçut aucune blessure, mais il eut un accès de manie aiguë qui dura quinze jours.

Ce que la frayeur peut faire, la joie le fait aussi. Gregory rapporte l'observation d'une mère et de ses deux filles qui, après avoir vécu longtemps dans un état voisin de la misère, se virent subitement à la tête d'un riche héritage; malheureusement leur raison ne put point résister à cette secousse : elles devinrent folles toutes les trois.

Le plus souvent ce sont les émotions tristes, les chagrins, les déceptions, les revers qui déterminent l'explosion de la folie. La perte de la fortune, l'incendie d'une maison, la mort d'un ami sont des causes qui, agissant brutalement sur l'intelligence, la frappent quelquefois d'un coup mortel. Il est d'autres influences qui, agissant plus lentement, n'en arrivent pas moins à troubler la raison ; les chagrins domestiques (Esquirol), les amours contrariées, les mariages mal assortis ont, à cet égard, une influence incontestable, surtout chez les femmes, qui ne trouvent point dans la vie extérieure les compensations qui appartiennent surtout à l'autre sexe. Les tourments de l'ambition déçue et les

excès du travail intellectuel sont parmi les origines les plus fréquentes de la folie. Nous signalerons aussi l'exaltation du sentiment religieux surchauffé par des prédications intempestives.

Les changements d'état soudains peuvent également influer d'une manière fâcheuse sur l'équilibre des facultés. On a vu des employés mis à la retraite et privés brusquement des habitudes qu'ils avaient contractées pendant une longue vie de travail, verser graduellement dans l'aliénation mentale.

Signalons enfin les effets, aujourd'hui bien connus, de l'imitation ; en d'autres termes, la contagion de la folie. Son influence peut s'exercer sur un vaste théâtre, comme dans les épidémies d'aliénation mentale qui ont éclaté à diverses reprises. Elle s'exerce aussi dans un espace plus restreint, et c'est alors la folie à deux si bien décrite par MM. Lasègue et Falret et qui depuis a été l'objet d'un grand nombre d'autres travaux, parmi lesquels je citerai surtout l'excellente thèse de M. Régis.

Messieurs, si je me suis longuement étendu sur l'étiologie des maladies mentales, c'est parce qu'il est impossible, à mon avis, d'avoir une idée juste de la nature, de l'évolution et du pronostic de la folie sans connaître à fond ses origines, et sans avoir pénétré, dans la mesure du possible, les lois mystérieuses qui président à sa naissance. Pour le clinicien comme pour le philosophe, cette étude est pleine d'enseignements : elle devait donc occuper très sérieusement votre attention, et vous ne regretterez point, je l'espère, le temps que nous y avons consacré.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

DIAGNOSTIC DE LA FOLIE.

Sommaire. — Difficultés du diagnostic. — Résistances de l'entourage. — Moyens d'investigation. — Interrogatoire du malade. — Utilité de laisser parler le sujet. — Ordre à suivre dans l'examen des idées. — Examen des écrits. — Exploration physique. — Figure. — Attitude. — Commémoratifs. — Détermination de la forme du délire. — Diagnostic différentiel de la folie et de quelques maladies avec délire.

Folie simulée. — Sa rareté dans les asiles et dans la clientèle privée. — Motifs qui peuvent pousser à simuler la folie. — Crime. — Examen de l'acte en lui-même. — Ses caractères. — Motif du crime. — Date du début de la folie. — Intérêt que le sujet peut avoir à simuler la folie. — Examen direct du malade. — Ruses à employer dans certains cas. — Emploi des anesthésiques.

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui d'étudier avec vous le diagnostic de l'aliénation mentale, en me plaçant exclusivement sur le terrain de la clinique et de la pratique. Destinée à vous tracer la voie dans les exercices pratiques auxquels je vous ai conviés, cette leçon doit vous indiquer les principes sur lesquels repose l'interrogatoire des aliénés, les difficultés qu'on rencontre à chaque pas et les moyens de les surmonter.

Les conditions dans lesquelles le médecin se trouve placé lorsque, pour la première fois, il est mis en présence d'un aliéné, sont entièrement différentes de celles qu'on rencontre dans la pratique ordinaire. Appelés au lit d'un ma-

lade, nous ne trouvons autour de nous que des dispositions bienveillantes ; tout concourt à favoriser nos efforts; le sujet lui-même désire ardemment la guérison, les parents, les amis s'empressent de nous fournir tous les renseignements qui peuvent éclairer notre jugement ; et si des obstacles de nature physique viennent souvent obscurcir le diagnostic, ils sont liés à la nature même de l'affection et ne résultent nullement d'une résistance volontaire.

Il en est bien autrement pour l'aliéniste chargé de l'interrogatoire d'un fou. Non seulement le sujet se refuse trop souvent à seconder ses recherches, mais la famille elle-même lui oppose bien des fois une résistance imprévue; loin de l'éclairer, on cherche souvent à le tromper par de faux renseignements; une fausse pudeur porte les parents à dissimuler, à atténuer, je dirai presque à justifier le délire de leurs proches ; enfin, les circonstances concomitantes concourent elles-mêmes dans bien des cas à déjouer la perspicacité de l'observateur.

Sans doute, il est des fous dont le délire saute aux yeux : un maniaque en état de fureur, un mélancolique en état de stupeur, pourraient être jugés sans effort par tout homme initié aux premiers éléments de la pathologie mentale. Mais il est un grand nombre de cas, et ce sont souvent les plus intéressants et les plus graves, où les caractères de la maladie sont loin de s'offrir d'eux-mêmes à notre observation ; et c'est seulement grâce à une longue habitude, grâce à ce tact spécial que la pratique seule peut nous faire acquérir, que nous parvenons à démêler la vérité parmi tant de causes d'erreur.

Il est d'ailleurs une opinion erronée, fort répandue parmi les gens du monde, et qui nuit singulièrement au médecin dans l'exercice de ses fonctions ; elle consiste à croire que

tout homme de bon sens peut formuler un diagnostic et distinguer un aliéné d'un homme sain d'esprit après quelques instants de conversation. Rien n'est plus contraire à la vérité, et c'est précisément en médecine mentale qu'une longue habitude des malades est le plus indispensable pour asseoir son jugement sérieux. Je vais m'efforcer de vous en donner la preuve.

Si les règles ordinaires du diagnostic ne sont point applicables au cas qui nous occupe, ce serait une grave erreur de croire qu'il n'existe point de règles, et qu'il suffit au médecin de s'abandonner aux inspirations du tact médical pour reconnaître la vérité.

Loin de là, c'est précisément en présence des aliénés qu'il est absolument indispensable de suivre une bonne méthode, de l'appliquer rigoureusement et de ne rien abandonner au hasard.

Quatre questions principales se présentent au début de l'interrogatoire :

1° Le sujet est-il malade ou sain d'esprit?

2° S'il est aliéné, quelle est la forme de son délire?

3° S'agit-il d'un délire symptomatique, d'une affection aiguë qui emprunte le masque de la folie?

4° Doit-on songer à la simulation?

C'est surtout, messieurs, la première question qui doit nous occuper aujourd'hui.

Il est impossible, on le comprend sans peine, d'appliquer ici la méthode de Rostan et d'adresser au malade les deux questions sacramentelles : «Où souffrez-vous? Depuis quand souffrez-vous?» Le sujet vous répondrait immédiatement : «Monsieur, je ne suis pas malade.»

Il est donc indispensable de choisir une autre route. Nous disposons de trois moyens d'investigation : 1° l'inter-

rogatoire du malade ; 2° l'exploration physique, dont l'importance est moins grande, il est vrai, que dans les cas où il s'agit d'une maladie ordinaire, mais qui fournit cependant au diagnostic des éléments d'une haute portée ; 3° enfin les commémoratifs, qui sont du plus grand secours lorsqu'il est possible de se procurer sur les antécédents du malade des renseignements dignes de foi.

Commençons par l'interrogatoire du sujet. L'une des premières difficultés à surmonter, c'est de se mettre en rapport avec lui, et l'on est souvent obligé, pour l'aborder, de recourir à des subterfuges divers. On peut se trouver à cet égard dans des conditions fort différentes. Tantôt le médecin est requis par autorité de justice et doit répondre aux questions qui lui sont posées par les magistrats. Tantôt il est consulté par le malade lui-même, car tous les aliénés ne sont pas convaincus que leur santé est irréprochable. Tantôt enfin il est introduit dans la maison par la famille.

En thèse générale, le moyen le plus commode et le plus sûr d'entrer en matière est de se présenter devant le malade avec autorité. Les fous sont vivement impressionnés par tout ce qui représente à leurs yeux la force publique : les tribunaux, la police jouent un rôle énorme dans leurs préoccupations. Il n'est point nécessaire d'usurper devant eux la qualité de magistrat. Il suffit presque toujours d'employer certaines formes de langage pour les lancer sur cette pente où ils s'engagent très volontiers. On parle d'instruire les affaires, d'ouvrir une enquête, et, en pressant sur ce ressort, on voit presque toujours jaillir un flux de paroles ; le malade entre spontanément dans la voie des confidences. D'autres subterfuges pourront être employés, suivant la nature du délire et les antécédents du sujet ; mais il me paraît inutile d'insister davantage sur ce point.

Supposons les premières difficultés vaincues. Une fois en rapport avec l'aliéné, il est un principe fondamental qu'il faut toujours observer et qui cependant est violé, dans la plupart des cas, par les personnes qui manquent d'expérience à cet égard : il faut laisser parler le malade. Si vous l'interrompez à chaque instant ; si, par des questions répétées, vous troublez l'ordre et la filiation naturelle de ses idées, vous ferez disparaître le délire, et vous serez en présence d'un interlocuteur parfaitement raisonnable en apparence. On sait d'ailleurs que le délire des maladies aiguës, lorsqu'il n'est pas violemment accentué, se dissipe en présence d'une question nettement posée. Dans le subdelirium de la fièvre typhoïde, par exemple, les malades, qui marmottent des propos sans suite lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, répondent très convenablement dès qu'on leur adresse la parole. Il faut donc éviter d'intervenir, si ce n'est pour empêcher le malade de s'égarer dans des digressions interminables et le ramener au fait principal. On doit s'efforcer de diriger la conversation de manière à toucher les préoccupations habituelles du sujet, lorsqu'on est suffisamment renseigné à cet égard ; mais, en supposant qu'on soit privé de toute indication préalable, il faut suivre autant que possible une méthode régulière.

On engage d'abord une conversation banale qui porte sur des sujets généraux ; on écoute avec attention les réponses de son interlocuteur, pour s'assurer tout d'abord de l'état des facultés maîtresses de l'entendement. On s'aperçoit bientôt s'il a conservé le jugement, si la mémoire est intacte, s'il est capable d'attention, s'il présente enfin un certain degré de coordination et de suite dans les idées. Si l'intelligence du malade paraît affaiblie sous ces divers rapports, on peut le soupçonner d'être sur le chemin de la

démence, et, en le poussant dans cette voie, on arrive facilement à constater l'état réel des choses. S'il reste à cet égard quelques doutes dans l'esprit de l'observateur, on peut recourir aux épreuves arithmétiques, dont l'utilité a été depuis longtemps signalée par le professeur Broca, au sujet de l'état mental des aphasiques. C'est un coup de sonde jeté dans les profondeurs de l'intelligence, et qui donne souvent des résultats très inattendus ; car il est des gens parfaitement capables de soutenir une conversation ordinaire et qui perdent leur équilibre devant la table de multiplication.

Mais supposons que le malade se soit montré jusqu'alors irréprochable ; on peut, en tenant compte de ses habitudes, de son éducation et de sa position sociale, aborder d'autres sujets d'une nature également générale. On ne saurait évidemment s'adresser à un simple ouvrier dans les mêmes termes qu'à une femme délicate et lettrée. C'est ici que le médecin surtout doit faire preuve de tact et de bon sens.

Les sujets généraux une fois épuisés, on s'adresse aux sentiments d'orgueil, d'ambition, de vanité, qui jouent chez tant d'aliénés un rôle prépondérant. On s'informe avec précaution de leur état de santé, de leurs forces physiques, de leurs capacités intellectuelles ; on touche délicatement à la question de fortune, aux moyens d'existence, à la position sociale, et l'on cherche à dévoiler ainsi l'état d'excitation ou de dépression qui peut exister d'une manière latente chez eux. Un seul mot suffit quelquefois pour mettre un observateur attentif sur la trace du diagnostic.

J'interrogeais, il y a quelques années, à la Préfecture de police, un ouvrier fort intelligent, mais qui présentait au plus haut degré les signes physiques de la paralysie générale. Le diagnostic n'était point douteux, mais, au point

de vue intellectuel, cet homme semblait irréprochable, lorsque, vers la fin d'une longue conversation, il m'apprit que, l'année précédente, il était entré à l'hôpital de la Pitié pour un léger traumatisme survenu dans l'exercice de sa profession. Il ajouta que M. Labbé, dans le service duquel il se trouvait, avait fait une leçon sur sa maladie à plus de *cinquante mille* étudiants. Cette parole absurde, la seule qui lui fût échappée, suffisait amplement pour caractériser le délire spécial de la paralysie générale.

Une transition facile nous conduit de la position sociale du malade à ses relations de famille. On l'interroge sur ses parents, sur ses amis. On lui demande s'il connaît son père et sa mère, et l'on recueille quelquefois une réponse comme la suivante : « On me fait passer pour le fils d'un épicier, mais je suis le bâtard du pape. ». M. Moreau (de Tours) a rapporté l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un rêve, s'éveilla avec la conviction qu'il était le prince de Joinville ; il reconnaissait parfaitement que son père était tapissier et ne songeait nullement à renier sa parenté ; mais, lorsqu'on lui demandait comment le fils d'un tapissier pouvait être un prince du sang, il répondait qu'il lui était impossible d'expliquer la chose, mais qu'elle était pourtant vraie ; tels ces moines de l'Orient qui ne peuvent expliquer comment le Bouddha peut s'incarner simultanément dans la personne de plusieurs grands lamas habitant des lieux fort divers, et qui demeurent pourtant convaincus de la vérité du fait, puisqu'il s'agit d'un article de foi.

Un autre sentiment, dont l'explosion sera souvent provoquée par les questions relatives à la famille, c'est l'aversion pour les proches, qui se développe de fort bonne heure chez certains aliénés, et les porte à considérer leurs parents comme leurs pires ennemis, longtemps avant qu'on ait

constaté chez eux de véritables conceptions délirantes. Lorsqu'on parvient à gagner la confiance des malades, on reçoit souvent, à cet égard, les confidences les plus extraordinaires, qui servent, pour ainsi dire, à jalonner la route dans laquelle le malade s'est engagé.

De là aux idées de persécution le chemin est facile. « Avez-vous des ennemis ? Cherche-t-on à vous nuire ? »

La plupart des persécutés se lancent volontiers dans une longue série de confidences à cet égard ; et lorsqu'on est engagé dans cette voie, il est de la plus haute importance de savoir si les malades ont des hallucinations. On y parvient aisément en leur demandant s'ils entendent leurs ennemis leur adresser des injures, des invectives, des grossièretés ; si la vue, l'odorat où le goût sont blessés par des impressions pénibles ; si l'on cherche à les empoisonner ou à nuire à leur santé.

Ces questions épuisées, on aborde la politique, et là de nouvelles surprises nous attendent. Les idées ambitieuses, qui se lient souvent au délire des persécutions, font dire à plusieurs aliénés que le clergé, que la police, qu'une grande famille est acharnée à leur perte. On veut leur ravir une grande fortune ; on veut leur dérober les droits qu'ils tiennent de leur naissance. Au reste, les préoccupations du jour tiennent une grande place dans le délire de ces malades. On rencontrait autrefois un grand nombre d'individus qui se disaient fils de Louis XVI, et nous voyons aujourd'hui le même délire se représenter sous des formes un peu différentes, mais le fond reste toujours le même.

Après l'ambition vient le tour des idées religieuses ; rien n'est plus facile que d'obtenir, à cet égard, des aveux de certains malades ; ils viennent, en quelque sorte, spontanément au-devant de vous. Mais on voit quelquefois, au con-

traire, des idées délirantes rester à l'état latent et n'éclater qu'après une longue période de dissimulation. De pareils secrets sont souvent gardés pendant des années, pendant une existence entière. Un beau jour le mystère éclate, et l'on apprend de la bouche même de l'aliéné qu'il est depuis longtemps en rapport avec les puissances supérieures, qu'il communique avec les anges, et qu'il est chargé de présider à la rénovation du monde. D'autres fois, c'est le délire inverse qui s'est emparé de lui; il est damné, il est sorcier, le diable s'est emparé de lui. On comprend quels sont les ménagements dont il faut user pour obtenir, à cet égard, des aveux, lorsqu'il s'agit d'un malade qui s'étudie à dissimuler son délire.

Enfin il est un dernier point qui fournit souvent à l'aliéniste une mine féconde de renseignements, c'est le délire érotique. Il peut exister seul, ou s'allier à des idées religieuses ou morales de l'ordre le plus élevé.

Il est extrêmement rare de rencontrer un fou capable de subir un interrogatoire aussi compliqué sans se compromettre à un moment donné. Il suffit de presser un ressort pour faire éclater la boîte de Pandore, et l'on ne saurait assez admirer l'habileté avec laquelle certains aliénistes expérimentés savent toucher le point juste, et faire déraisonner le malade au moment où l'on s'y attend le moins.

Un malade enfermé pendant quelque temps dans une maison de santé en Angleterre, intente après sa sortie un procès à ses médecins; il les accuse de l'avoir détenu arbitrairement.

Devant les juges, sa tenue était irréprochable; il dissimulait avec une grande habileté son délire, et l'avocat chargé de la défense éprouvait déjà les plus vives inquiétudes, lorsqu'il eut l'heureuse inspiration de lui poser la

question suivante : « Qu'est devenue la princesse à laquelle vous écriviez des lettres avec de l'encre sympathique faite avec du jus de citron ? » Aussitôt le malade retomba dans l'ornière de ses conceptions délirantes, et son état mental ne fut plus douteux pour personne.

N'oublions pas d'ailleurs qu'un second examen est souvent nécessaire, car la folie peut être intermittente; un malade peut être absolument raisonnable au moment de l'examen, et le mot de lucidité sert précisément à désigner les intervalles où la folie cède la place à la raison.

Quand la parole ne trahit point le délire, les écrits peuvent quelquefois le révéler. Voilà pourquoi les lettres et les manuscrits sont chez les aliénés l'un des éléments de diagnostic les plus précieux. Sans parler des idées absurdes que peuvent renfermer ces écrits, les caractères physiques de l'écriture peuvent eux-mêmes fournir des indices. Elle est souvent heurtée, précipitée, mal formée. Elle présente quelquefois des caractères vraiment insolites. C'est ainsi que Buchner a signalé ce qu'il appelle « l'écriture de miroir, » c'est-à-dire une écriture dont les caractères sont formés de telle manière qu'on les aperçoit comme s'ils étaient réfléchis par un miroir. C'est surtout dans la paralysie générale qu'on a signalé ce phénomène ; je vous l'indique à titre de curiosité.

Mais ce que vous rencontrerez le plus souvent, ce sont des phrases incomplètes où manque un verbe, un substantif, un membre important ; ce sont des mots soulignés, comme si le malade voulait donner à ses écrits toute l'emphase qu'il apporte dans ses discours. Dans certaines lettres, surtout dans celles qu'écrivent les femmes, c'est à peine si on trouve un mot qui échappe à cette règle. Ailleurs, c'est un déluge de points d'exclamation ; ce sont des points d'interrogation jetés au hasard dans le texte ; ce sont enfin des

formules étranges, des expressions forgées par le malade et dont il est souvent difficile de comprendre le sens.

Nous arrivons maintenant aux caractères physiques de l'aliénation mentale. Avant même de commencer l'interrogatoire, l'observateur attentif sera frappé de l'attitude de l'aliéné, de sa physionomie, qui semble porter le masque de la folie. On dit avec raison que les fous ont souvent les yeux hagards, et en effet les yeux ont presque toujours une expression singulière ; tantôt fixes, tantôt mobiles, ils impriment à la figure un cachet particulier.

Les traits sont contractés et l'on voit se dessiner d'une façon prématurée des rides sur le visage, phénomène frappant lorsqu'il s'agit d'une femme jeune encore. Chez quelques individus on constate une parésie de certains muscles du visage ; mais surtout, comme le fait observer Bucknill, il existe une différence marquée entre les deux moitiés gauche et droite de la face, ou bien entre les parties inférieure et supérieure du visage ; la bouche peut être expressive tandis que les yeux sont ternes ; ou bien, au contraire, les yeux sont animés tandis que la bouche entr'ouverte et les lèvres pendantes ont l'expression de la stupidité.

En thèse générale les aliénés sont laids, plus laids que nature, et lorsqu'ils reprennent leur bonne mine, c'est un signe des plus favorables. Toutefois, il est des femmes dont les traits un peu vulgaires prennent, sous l'influence de l'excitation maniaque, une tournure illuminée et poétique qui contraste avec leur expression ordinaire.

Les téguments sont très souvent pigmentés ; une couleur bistre, qui est peut-être le résultat d'une hématose incomplète, se répand sur tout le visage, quelquefois sur tout le corps.

Des signes plus importants encore vous seront quelque-

fois fournis par l'hésitation de la parole, par le tremblement, par le strabisme, par l'inégalité des pupilles, et par d'autres conditions qui relèvent de cet ordre d'idées.

N'oublions pas l'attitude des aliénés, qui tient le milieu entre les phénomènes physiques et les symptômes purement intellectuels. En effet, cette attitude est en rapport non seulement avec l'état des forces musculaires, mais aussi avec les idées dominantes qui gouvernent le malade. Les uns se tiennent accroupis dans un coin, les autres sont agités, vont et viennent sans cesse ; d'autres enfin se trahissent par des détails infimes, mais qui, pour l'observateur attentif, sont de précieux renseignements. J'étais appelé un jour dans une maison où régnait un grand luxe, où le maître vivait entouré de serviteurs nombreux. A peine avais-je sonné, que le maître de la maison venait lui-même ouvrir la porte. Pourquoi venir ? pourquoi ne pas laisser les domestiques remplir leur devoir ? C'est que l'agitation perpétuelle qui le dévorait ne lui permettait pas d'abandonner à un autre le soin d'apprendre quel était le nouveau venu qui venait se présenter chez lui, et qu'il craignait déjà sans le connaître.

Dans la conversation, les aliénés se livrent souvent à des gestes exagérés et hors de toute proportion avec leurs paroles. Ils ont souvent des tics, des contorsions de la face. Leur mauvaise tenue les trahit souvent ; ils sont mal mis, malpropres ; leur mise est excentrique, leurs vêtements sont en désordre. Sous prétexte de les ausculter, vous les déshabillez et vous trouvez dans les profondeurs les plus intimes de leurs vêtements tout un magasin d'objets divers : un peigne, du pain, du fromage, un mouchoir, des cailloux, enfin tout un assortiment de choses disparates qui témoignent des préoccupations les plus insensées, ou d'une perversion de l'instinct de la propriété.

Nous arrivons maintenant aux commémoratifs. Ils sont de la plus haute importance lorsqu'il est possible de les obtenir. S'il vous est donné de reconstituer l'histoire du malade, cherchez à savoir quelles étaient ses préoccupations habituelles. Suivez avec une attention sévère la généalogie morbide du sujet. Informez-vous de ses habitudes, de son entourage. Sachez enfin s'il a eu d'autres accès d'aliénation mentale, car dans l'ordre des troubles psychiques rien n'est plus fréquent que la récidive.

On doit aussi attacher une grande importance aux névroses qui ont existé antérieurement chez le malade ou qui le tiennent encore sous leur joug : l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, le goître exophthalmique, et enfin les affections organiques de la moelle épinière.

Dans un ordre d'idées différent, on tiendra le plus grand compte des changements d'habitude, de la dépravation des goûts, et des autres phénomènes qui ont précédé ou accompagné la crise dans laquelle le délire a éclaté. Nous en dirons autant de plusieurs maladies d'ordre somatique : la phthisie, les affections du cœur, la fièvre typhoïde.

Tels sont les moyens d'investigation qu'il convient de mettre en usage. Mais le diagnostic est porté, la folie est reconnue ; il nous reste à déterminer la forme du délire à laquelle nous avons affaire. Il ne faut point s'arrêter ici aux distinctions de l'école. Je veux seulement vous indiquer les divisions pratiques qui coïncident avec les faits que nous observons le plus souvent dans les asiles d'aliénés.

C'est incontestablement la paralysie générale qui tient le premier rang par sa fréquence. C'est une maladie qui est très certainement en voie d'augmentation, du moins en France, et surtout à Paris. Il faudra donc songer à la para-

lysie générale avant tout, quand vous serez en présence d'un aliéné.

Nous accorderons le second rang à l'alcoolisme, dont les ravages augmentent toujours, malgré l'invasion du phylloxera.

A côté de l'alcoolisme il faut ranger les autres folies toxiques, celles qui résultent de l'abus de l'opium et surtout de la morphine, et qui, peu communes dans nos pays, sont très fréquentes en Angleterre, en Amérique et surtout dans l'extrême Orient. Il faut y joindre la folie saturnine et les troubles intellectuels produits par d'autres agents nuisibles.

Nous rangeons en troisième ligne le délire des persécutions ; presque toujours, quand nos malades n'appartiennent point à l'une ou l'autre de nos deux premières classes, on pourra les placer dans la troisième.

Nous classerons après celle-ci la folie consécutive aux névroses, et après elle la folie sympathique, celle qui se rattache à des lésions organiques de divers viscères, la folie cardiaque, la folie hépatique, la folie utérine, la folie puerpérale, la folie des tuberculeux.

En dehors de ces catégories se place toute une série de délires qui échappent à toute classification méthodique.

Je suis loin de vous proposer ces divisions comme offrant une valeur scientifique absolue. J'ai seulement voulu vous offrir un moyen de classement qui pourra vous diriger dans vos interrogatoires, et vous permettre d'arriver plus rapidement au diagnostic.

Nous arrivons maintenant au troisième point. Les maladies ordinaires, dans certains cas, peuvent emprunter le masque de l'aliénation mentale. La fièvre typhoïde est, à cet égard, une source féconde de surprises. Souvent il arrive que le malade atteint de troubles intellectuels, indépen-

dants en apparence de toute lésion organique, est envoyé dans un asile d'aliénés. Il succombe, et à l'autopsie, on trouve les lésions caractéristiques des plaques de Peyer. C'est qu'en effet la fièvre typhoïde ne se manifeste pas toujours au début par des troubles physiques; elle peut ne s'accuser que par un désordre intellectuel, qui constitue à lui seul tout l'appareil symptomatique de la maladie. La pneumonie se comporte souvent de la même façon. La méningite aiguë peut aussi simuler l'aliénation mentale dans ses formes les plus violentes, et les malades de cette espèce sont souvent dangereux pendant la période active de leur délire. Il y a six ans, un malade me fut envoyé dans mon service à Saint-Antoine. A peine avait-il occupé son lit qu'il se précipita sur son voisin pour le tuer. Un accès violent de délire avait éclaté. Le malade succomba deux jours plus tard, et à l'autopsie on trouva toutes les lésions de la méningite aiguë.

Quant à la méningite chronique, elle appartient de droit à l'aliénation mentale dont elle constitue une des provinces les plus fertiles.

Il est une affection, ou plutôt un symptôme, que les observateurs inattentifs peuvent souvent confondre avec l'aliénation mentale : je veux parler de l'aphasie à ses divers degrés. Un malade qui répète toujours les mêmes mots ou qui balbutie des phrases inintelligibles peut aisément paraître aliéné à un observateur inattentif. Le diagnostic offre quelquefois des difficultés réelles, d'autant plus que l'aphasie peut fort bien compliquer certaines formes d'aliénation mentale.

Il est enfin un état qui peut fort bien simuler l'aliénation mentale : je veux parler de l'ivresse prolongée, qu'il ne faut pas confondre avec l'alcoolisme chronique. On voit sou-

vent, en effet, à la suite d'excès bachiques très prolongés, un shomme d'ailleurs bien portant présenter pendant quelque jours tous les caractères de l'aliénation mentale; mais il suffit d'une expectation savante pour le rendre assez promptement à la raison.

Abordons maintenant la question de la folie simulée. Jusqu'ici nous nous sommes supposés en présence d'un aliéné qui peut cacher son état ou plutôt qui l'ignore. Il nous faut maintenant renverser les données du problème. Il nous faut aborder la lutte avec l'homme sain d'esprit qui, pour des motifs divers, cherche à passer pour fou. Il serait absolumentsuperflu d'insister ici sur l'extrême importance du diagnostic en pareil cas. La tête d'un homme peut en dépendre et, en tout état de cause, il s'agit presque toujours des plus graves intérêts.

Laissez-moi d'abord vous dire que la simulation occupe, dans les préoccupations des médecins étrangers à la pratique des maladies mentales, une place exagérée. Ceux d'entre vous qui s'exercent à l'interrogatoire des aliénés et au diagnostic des maladies mentales sont presque toujours disposés à discuter au moins l'hypothèse de la simulation. Or, sachez-le bien, dans nos asiles et dans la clientèle privée, la simulation de la folie est un cas extrêmement rare, et s'il faut éviter les inconvénients d'une trop grande crédulité, il faut également se tenir à distance d'un scepticisme exagéré, qui n'est au fond pas moins naïf que la crédulité la plus enfantine.

Ces principes une fois établis, voyons quels sont les motifs qui peuvent pousser un homme sain à simuler la folie. Ils sont assez nombreux et se présentent dans des condi-

tions qu'on pourrait classer en quelque sorte par catégories déterminées. Pour échapper à la conscription, un jeune homme cherche à se faire passer pour fou; c'est là une imposture sur laquelle les médecins militaires seront souvent appelés à se prononcer. Dans la vie civile, on voit quelquefois les jeunes gens simuler l'aliénation mentale pour échapper au contrôle de leur famille ou pour éviter un mariage qu'on veut leur imposer. Enfin, dans les prisons, les condamnés simulent souvent la folie pour être admis à l'infirmerie et jouir d'un traitement plus doux. Mais il est incontestable que la cause principale de la simulation, c'est la criminalité. Le coupable simule l'irresponsabilité pour éviter les conséquences de son action. Cette hypothèse est la seule que nous examinerons ici, car, une fois éclairés sur ce point, vous le serez suffisamment sur tous les autres.

Un crime a été commis, le coupable est arrêté, mais il cherche à se faire passer pour fou. Quel sera le rôle de l'expert?

Il est deux genres d'examen qui s'appliquent à la circonstance. D'abord l'examen direct ou personnel, qui s'adresse à l'accusé lui-même. Ensuite, l'examen indirect, qui ressort des pièces du procès, des dépositions des témoins, des antécédents de l'individu, de la nature du crime. C'est par ce dernier qu'il est indispensable de commencer l'expertise, et de même que dans la médecine ordinaire, avant de formuler un diagnostic, on cherche à connaître l'histoire du malade et de sa maladie, il faut, dans le cas actuel, s'inquiéter des circonstances qui ont accompagné, précédé ou suivi le crime avant d'interroger le criminel.

Il faut donc discuter méthodiquement un certain nombre de questions qui permettent d'éclairer le problème.

1° Quel est l'acte en lui-même et de quelle manière a-t-il

été commis? On peut souvent ici puiser d'importants renseignements dans l'étude des faits révélés par l'enquête.

Le criminel agit avec ruse et préméditation ; il prend des précautions, il se cache pour atteindre son but ; après le crime il prend la fuite. Est-il arrêté, il nie avec aplomb et proteste de son innocence. Souvent il a des complices que l'instruction permet de découvrir. Enfin, avant de tomber sous le coup des poursuites, il vaquait aux occupations de la vie ordinaire. C'était, à tous les égards, un homme semblable aux autres.

L'aliéné, au contraire, ne cherche presque jamais à se cacher, il ne prend aucune précaution pour éviter d'être arrêté. Enfin, et ceci est de la plus haute importance, il n'a point de complices. Tout criminel qui conspire avec un ou plusieurs associés doit être par cela seul rayé des cadres de l'aliénation mentale.

Tels étaient les caractères du crime de Papavoine, qui fut exécuté pour avoir assassiné deux jeunes enfants, et qui était très certainement non pas un coupable, mais un fou.

2° Quels sont les caractères de l'acte en lui-même?

Bien souvent l'absurdité, l'atrocité du crime, la manière dont il a été commis, suffisent pour établir au moins une présomption de folie. Le meurtrier frappe et tue, puis il s'échappe et va se cacher. L'aliéné au contraire redouble de fureur en voyant couler le sang de sa victime, il la frappe plusieurs fois du suite, il la mutile, il la coupe en morceaux, il séjourne assez longtemps sur le théâtre du crime pour compromettre sa sûreté personnelle. Enfin, il est des actes qui portent en eux-mêmes le cachet de la folie. Le sergent Bertrand, qui escaladait les murs d'un cimetière pour déterrer les femmes récemment ensevelies et se livrer sur elles à des actes obscènes, était évidemment un aliéné.

3° Quel a pu être le motif du crime?

Il n'existe jamais de cause suffisante pour justifier une action criminelle, mais on comprend que la vengeance, la cupidité, la passion, poussent un homme à se rendre criminel. Ce sont là des motifs sinon suffisants, du moins compréhensibles. Mais comment expliquer l'action de Lemaire qui assassine sa belle-mère, parce que, disait-il, il voulait absolument être guillotiné? Après son exécution l'on découvrit, à l'autopsie, des traces évidentes de méningite. C'est précisément ici que le simulateur commence à se dévoiler. Interrogé sur les motifs de son crime, il dira : « J'ai des absences, des faiblesses d'esprit. » Jamais l'aliéné n'invoque de pareilles erreurs. Il se glorifie, au contraire, de ce qu'il a fait. Souvent aussi l'on saisit, surtout chez les mélancoliques et les persécutés, des hallucinations qui les ont poussés au crime. Il est de la plus haute importance de savoir si chez ces sujets il existait des hallucinations à une époque antérieure, ce qui nous conduit à la question suivante :

4° A quel moment remonte la folie?

Il est évident que si, dans le cours de son existence antérieure, le malade a été déjà traité dans une maison de santé, il faudra tenir le plus grand compte de cette circonstance.

Mais le plus souvent, chez les simulateurs, c'est après l'arrestation que la folie éclate. Il faut se rappeler cependant que, comme l'a fort bien observé M. Motet, il est des sujets qui ont un accès de folie en prison, motivé par le trouble et l'inquiétude que leur cause une situation aussi grave.

5° Quel intérêt le sujet peut-il avoir à simuler la folie?

Dans le cas de criminalité, la réponse n'est point douteuse. On saisit immédiatement un motif qui peut à lui seul suffire pour inspirer la conduite de l'inculpé.

Restent enfin les antécédents héréditaires ou personnels du sujet, qui devront être scrutés avec attention, et ses écrits, qui pourront souvent fournir des renseignements utiles.

J'arrive maintenant à l'examen direct. Mis en présence d'un homme qui simule la folie, l'esprit sera frappé par l'exagération de ses réponses, par leur défaut de logique, par leur absurdité. En général, les simulateurs se font de la folie la même idée que le vulgaire, qui ne regarde comme fous que les gens qui divaguent absolument. Comme le dit fort bien Morel, un aliéné auquel on demande son âge peut répondre : *six mois* ou *six mille ans*, mais il ne dira point : 245 fr. 35, comme le fit un simulateur cité par lui. Ainsi, l'absurdité même des réponses doit mettre l'expert en garde; d'ailleurs, les simulateurs tombent facilement en des contradictions qui proviennent de la difficulté de soutenir leur rôle. Un sujet examiné par l'expert se prétendait fils du duc de Mecklembourg-Strelitz. « Je ne crois pas à votre délire, lui dit un jour l'expert. — Je le sais, répondit-il, et j'en suis bien fâché. » Par contre, il faut noter l'opiniâtreté de certains simulateurs qui jouent leur rôle jusqu'au bout. Tuke et Bucknill citent le cas d'un célèbre pick-pocket qui, s'entendant condamner à quatre ans de prison, fut frappé d'une attaque d'apoplexie, avec hémiplégie droite et démence. Il persista pendant de longs mois à jouer ce rôle ; il se vautrait dans la plus ignoble saleté pour mieux prouver son délire ; mais un beau jour ce pauvre hémiplégique, profitant d'un défaut de surveillance, descella les barreaux qui protégeaient une croisée, sauta par la fenêtre, escalada les murs de sa prison et se sauva. On ne l'a jamais revu, mais il est certain qu'il s'est joué des médecins en leur faisant admettre la réalité d'une hémiplégie et d'une démence absolument simulées.

On peut rapprocher ce fait de l'observation d'un jeune pâtre (Carl Specht), âgé de dix-sept ans, convaincu de viol et d'assassinat, qui, pendant son procès, joua si bien la démence incohérente avec bégaiement et tremblement des membres, qu'il fut considéré comme faible d'esprit. Il obtint le bénéfice des circonstances atténuantes et ne fut condamné qu'à trois ans de prison. A peine le verdict était-il prononcé, qu'il fit des sauts de joie; il était guéri de sa démence et parlait librement.

Il est des procédés supplémentaires fondés sur l'emploi de certaines ruses qui permettent de surprendre le secret des simulateurs. Manteggia rapporte l'observation d'un sujet devant lequel il dit tout haut à la visite : « Cet individu simule, car il devrait présenter certains symptômes qui n'existent pas ». Le lendemain, docile à la leçon qu'il avait reçue, le malade présentait les symptômes dont on avait parlé devant lui.

Morel rapporte l'observation d'un voleur qui avait si bien joué la surdi-mutité, que depuis deux ans il était admis dans un asile de sourds-muets; mais un beau jour il fut pris en flagrant délit de monologue, ce qui permit de lui rendre justice et de le restituer à la prison dont il n'aurait jamais dû sortir.

On a quelquefois eu recours à l'emploi des anesthésiques, de l'éther ou du chloroforme, pour faire cesser certains phénomènes simulés et recueillir pendant la période d'ivresse des aveux utiles à enregistrer; mais ce procédé est infidèle et dangereux et, d'ailleurs, les résultats qu'il peut donner, ne seraient probablement pas admis comme preuve devant les tribunaux.

En résumé, il est rare qu'un simulateur soumis à une longue et patiente observation et placé dans des con-

ditions variées, ne finisse pas par se trahir. Mais il reste toujours des cas douteux, et l'on voit des simulateurs doués d'une rare énergie déjouer toutes les tentatives faites pour les surprendre. Quand le sujet se renferme avec persévérance dans un mutisme obstiné, il est presque impossible de formuler un jugement motivé (1).

(1) Pour de plus amples détails, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de M. le docteur Laurent, *Etude médico-légale sur la simulation de la folie*, Masson, 1866; et à la thèse de M. le docteur Coindreau.

VINGTIÈME LEÇON

DU PRONOSTIC DE LA FOLIE EN GÉNÉRAL.

Sommaire. — Qualités nécessaires pour savoir formuler un pronostic. — Chances de vie moins grandes chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit. — Influence des premiers mois. — Influence des maladies des voies respiratoires. — Influence de l'âge. — Curabilité de la folie. — Influence de diverses conditions : âge, sexe, durée, marche.— Influence des complications. — Influence parfois heureuse des maladies intercurrentes. — Influence des causes, hérédité, caractère individuel, folies toxiques. — Influence des formes du délire : manie, mélancolie, excitation maniaque ; état des diverses facultés intellectuelles, hallucinations. — Influence de l'état physique. — Influence des récidives.

Messieurs,

Dans toutes les branches de la médecine, il est un domaine spécial où se révèlent les qualités d'un praticien consommé, d'un homme rompu au métier, et qui, par une longue expérience, doublée d'un robuste bon sens, a fini par acquérir cette indéfinissable et précieuse qualité, le tact médical. Vous avez déjà deviné que c'est du pronostic que je veux vous parler, et c'est, en effet, en matière de pronostic que se reconnaissent les qualités pratiques du véritable médecin; le jugement qu'il porte sur l'issue d'une maladie est la partie la plus difficile de la tâche qui lui est imposée.

La partie scientifique de nos connaissances peut s'acquérir par l'assiduité et le travail; la sûreté du diagnostic exige incontestablement un coup d'œil particulier, mais on peut assujettir à des règles certaines la solution du problème; il

n'en est pas ainsi par rapport au pronostic, qui, pour être correctement formulé, demande une puissance d'observation, une faculté d'analyse et une fermeté de jugement que seules la longue habitude et la fréquentation assidue des malades peuvent donner.

Ce qui est vrai sous ce rapport pour la médecine ordinaire l'est encore bien davantage pour la médecine mentale; l'aliéniste exercé saura reconnaître, à des signes imperceptibles pour le vulgaire, quels sont, parmi les fous placés sous sa direction, ceux qui marchent vers la guérison, ceux qui versent dans la démence, ceux enfin dont l'état doit rester longtemps stationnaire ; il prévoit l'explosion des crises, et sait distinguer des autres malades ceux dont la vie même est menacée.

Aussi, dans la leçon que je me propose de vous faire aujourd'hui, je ne songe point à vous donner cette sûreté de jugement qu'une longue pratique peut seule vous procurer ; je me propose seulement de vous indiquer les principes généraux qui doivent ici vous guider, sans pour cela prétendre à vous inspirer cette rectitude d'appréciation qui ne peut être le fruit que d'une longue expérience et que vous devrez acquérir par vos propres efforts.

Tout d'abord une question capitale se dresse devant vous : c'est la première demande qu'on nous adresse, la première difficulté que nous devons résoudre.

La vie du malade est-elle menacée en même temps que la raison?

Messieurs, il faut bien le reconnaître, les fous sont de véritables malades, et leurs chances de vie sont bien moins grandes que celles des hommes en pleine santé. La mortalité est surtout plus prononcée dans les premiers mois de la maladie.

D'après Bebries, dont les conclusions reposent sur une statistique qui embrasse 17 000 observations, sur 100 aliénés, il en est 12 qui meurent dans le premier mois, 7 dans le second, 6 dans le troisième. Plus tard, la mortalité est beaucoup moins accentuée, mais, d'après Hagen, elle serait encore cinq fois plus forte que chez les gens sains d'esprit.

Nous avons ici une réserve importante à faire : on doit d'abord éliminer du cadre trois maladies éminemment graves qui faussent les résultats : ce sont la paralysie générale, le délire aigu et l'alcoolisme doublé du *delirium tremens*. Ces trois affections, en effet, sortent des rangs de l'aliénation mentale proprement dite, pour venir se ranger naturellement parmi les affections organiques de l'encéphale. Cette radiation une fois opérée, on constate que, pour les vrais maniaques, la mortalité, quoique toujours notable, est beaucoup moins considérable. Il est important de noter que les aliénés proprement dits meurent surtout par les maladies de l'appareil respiratoire, la pneumonie, la phthisie, la gangrène pulmonaire ; ils semblent plus spécialement disposés à contracter ces affections et mal préparés à leur visite.

Il est une dernière considération dont nous devons néanmoins tenir compte. L'âge des malades influe d'une manière sensible sur la terminaison de la folie. Quand elle éclate pour la première fois chez les vieillards, elle est souvent mortelle, et cela sans l'intervention d'aucune maladie intercurrente.

Nous avons largement fait la part des chances défavorables qui menacent la vie chez les fous ; il convient maintenant d'insister sur les circonstances qui plaident en sens inverse et de remarquer que les vieux aliénés paraissent admirable-

ment supporter la folie, au point de vue de la santé générale de l'économie. Plus d'un vieux meuble, oublié dans quelque coin d'un asile ou d'une maison de santé, semble faire partie intégrante de l'établissement ; il en est qui comptent cinquante ans de folie sur soixante-dix ans d'existence.

Cette question préalable une fois discutée, nous arrivons aux véritables problèmes qu'il s'agit de résoudre. On peut les réduire à deux chapitres principaux :

1° La folie est-elle curable ?

2° Quels sont les cas favorisés ?

A la première de ces deux questions, je réponds : Oui, la folie est curable et bien plus souvent qu'on ne le croit parmi les gens du monde, surtout si l'on élimine la paralysie générale qui se présente dans des conditions exceptionnellement graves.

Quant à la proportion des guérisons, elle est extrêmement difficile à établir ; chaque observateur a ses poids et mesures, et, pour parler en toute sincérité, rien n'est fait encore, tout est à refaire sur ce point. On peut cependant admettre que, dans les cas de vésanies simples, on obtient la guérison dans près de la moitié des cas.

Mais il faut serrer la question de plus près et entrer dans quelques détails.

1° *Age.* — Plus un aliéné est jeune, plus il a de chances de guérir. Sans doute la guérison s'observe même chez les vieillards, mais elle est plus difficile et moins complète, et, passé une certaine époque de la vie, l'intelligence une fois fois ébranlée ne regagne jamais le terrain perdu dans toute son étendue. D'ailleurs, un grand nombre de vieillards, aux époques avancées de l'existence, sont bizarres, intrai-

tables, difficiles à vivre, sont déments et vivent bien réellement sur la frontière de la folie.

D'après Tuke et Bucknill, il y aurait trois guérisons sur cinq admissions chez les malades âgés de moins de vingt-cinq ans. Par contre, on n'obtiendrait qu'une guérison sur sept admissions chez les sujets âgés de plus de soixante-cinq ans.

D'après Boyd, la période la plus favorable de la vie serait celle qui s'étend de vingt-cinq à trente-cinq ans. C'est dans cette décade qu'on rencontrerait le plus grand nombre de guérisons.

2° *Sexe.*—Les femmes ont à cet égard un avantage sur les hommes ; on pourrait dire qu'elles prennent la folie moins au sérieux. Le nombre des guérisons est plus considérable chez elles, et la paralysie générale les atteint bien moins souvent. C'est là un inestimable avantage. Par contre, les femmes paraissent être plus sujettes aux récidives que ne le sont les hommes ; les guérisons sont chez elles moins solides.

3° *Durée.* — La curabilité de l'aliénation mentale est en raison inverse de sa chronicité. Plus la maladie est ancienne, moins il y a d'espoir. D'après Guislain, 60 pour 100 des guérisons obtenues se produisent dans le premier mois, et 25 pour 100 dans les six mois consécutifs ; cependant, même après ce temps, il reste des chances aux aliénés. Mais, d'après Esquirol, au bout de deux ans il est probable qu'ils resteront immobiles et pour ainsi dire cristallisés dans leur délire ; cependant il est des cas exceptionnels qui doivent toujours faire hésiter lorsqu'il s'agit de prononcer une condamnation définitive. Pinel rapporte l'observation d'une femme qui guérit tout à coup, après vingt-cinq ans de manie. Rendue à la raison, elle voulut avoir des nouvelles

de ses enfants en bas âge; elle fut tout étonnée d'apprendre qu'ils étaient mariés. Il est d'autres faits de ce genre, et l'on doit admettre que, même après un long espace de temps, une maladie grave, un coup sur la tête, l'arrivée de l'âge critique et d'autres circonstances perturbatrices peuvent amener la guérison au moment où l'on s'y attend le moins.

4° *Marche.* — Quand l'invasion de la maladie est brusque, soudaine, foudroyante, le pronostic est relativement favorable. Ces crises violentes et soudaines se dissipent souvent comme elles sont venues; lorsque, au contraire, l'envahissement est lent, la maladie semble régner plus solidement sur le terrain conquis, et la guérison est plus difficile.

Il faut également tenir compte de l'évolution du délire; quand il tend à devenir fixe, permanent, invariable, quand il se systématise et prend une apparence logique, le cas est grave; lorsque, au contraire, il est mobile, variable, incohérent, les conditions paraissent meilleures. Je me permettrai de rapprocher ce fait de ce que nous observons dans le rhumatisme articulaire. Quand il est mobile, quand il saute d'une articulation sur une autre, quand il frappe plusieurs jointures à la fois, il est infiniment plus curable que lorsqu'il se fixe sur un seul point, qu'il semble ne plus vouloir abandonner. Il en est de même en pathologie mentale, et voilà pourquoi les délires partiels sont au nombre des formes les plus graves de la folie.

Quand la folie est intermittente, c'est-à-dire séparée par des intervalles lucides, le pronostic est favorable, surtout si les périodes de lucidité sont de courte durée; on peut alors espérer une guérison complète et durable. Mais, au contraire, si la folie est périodique, si les accès reviennent à des intervalles réguliers, le pronostic est des plus fâcheux, et l'on peut indiquer comme exemple certaines

formes de folie circulaire où les périodes d'excitation et de dépression, séparées ou non par des intervalles lucides, reviennent à jours fixes et à des intervalles parfaitement réguliers.

5° *Complications.* — En général, les accidents cérébraux ou névropathiques qui viennent compliquer le délire sont d'un fâcheux augure ; les attaques d'épilepsie, les congestions cérébrales, les hémiplégies ont presque toujours pour effet d'aggraver la situation du malade et d'abaisser le niveau de ses facultés.

Par contre, on a souvent vu des maladies intercurrentes, le typhus, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre intermittente, amener des guérisons inespérées. Il en est de même des coups et des clous sur la tête. Dans un cas cité par Tuke et Bucknill, l'apparition d'un asthme alternait avec les troubles intellectuels, qui s'effaçaient pendant la crise, pour reparaître plus tard.

6° *Causes.* — L'origine de la maladie, lorsqu'il est possible de la saisir, fournit, au point de vue de sa curabilité, des indications précieuses.

L'hérédité est un facteur des plus importants et qui imprime souvent au délire un cachet particulier. S'il n'existe point de folie héréditaire à proprement parler, il existe incontestablement des fous héréditaires, et chez eux la maladie, qui semble tenir à l'organisation même de l'individu, fait partie en quelque sorte de leur substance intellectuelle, et ne permet pas d'espérer une guérison vraiment solide.

Il faut également tenir compte du caractère individuel. Les gens excentriques, bizarres, manifestement prédisposés, lorsqu'ils versent dans la folie, en sortent plus difficilement que ceux dont l'esprit paraissait bien équilibré avant leur chute.

Il est enfin des folies consécutives aux maladies, soit aiguës, soit chroniques, et dont la folie puerpérale pourrait être considérée comme le type. Le pronostic est relativement favorable en pareil cas, bien qu'on doive toujours se rappeler que la perte irrémédiable de la raison peut résulter d'une maladie générale, comme la fièvre typhoïde, ou d'une affection locale, comme cela se voit chez les cardiopathes.

Les folies toxiques, dont les plus communes relèvent de l'action de l'alcool, de la morphine, du plomb, sont en général curables au début, mais deviennent incurables par la suite, quand l'empoisonnement a pris la forme chronique. Il faut se rappeler cependant qu'il est une forme particulière de l'alcoolisme dont le pronostic est absolument mauvais.

La folie occasionnée par des causes morales est ordinairement plus grave que celle qui se rattache à des causes physiques ; mais cette règle générale comporte de très nombreuses exceptions.

Lorsque l'origine de la maladie remonte à un traumatisme, à l'épilepsie, aux abus sexuels, ce pronostic est, en général, très défavorable.

7° *Formes du délire.* — La manie et la mélancolie aiguës sont incontestablement les formes les plus curables de l'aliénation mentale. Il nous paraît inutile de rechercher laquelle des deux offre les chances les plus favorables ; nous savons d'ailleurs que les rapports les plus intimes unissent la manie à la mélancolie et que l'une et l'autre sont des formes plus ou moins divergentes de l'excitation cérébrale.

Par contre, le pronostic est infiniment moins favorable dans l'excitation maniaque, et c'est une raison de plus pour distinguer cet état de la manie proprement dite.

Le délire des persécutions et en général toutes les *monomanies* sont le plus souvent incurables ; enfin la folie cir-

culaire peut être regardée comme la plus fâcheuse de toutes les formes de vésanie, celle qui offre le moins de prise au traitement et le moins d'espoir de guérison.

Si nous considérons le délire en lui-même, il peut offrir, au point de vue du pronostic, des signes particulièrement fâcheux.

Ainsi le délire ambitieux, le délire des grandeurs sont toujours plus graves que les idées de dépression, surtout lorsqu'elles affectent une forme vague et pour ainsi dire générale.

La folie lucide, l'insanité morale, les perversions congénitales des sentiments affectifs peuvent être regardées comme absolument incurables. Il ne s'agit pas, en effet, d'un orage passager, mais d'un vice de conformation primordial de l'organisation cérébrale. Les sujets de cette espèce peuvent être rapprochés des criminels ordinaires, qui ont avec eux de nombreuses et frappantes analogies.

Vers la fin d'une période aiguë, une incohérence trop absolue indique un certain degré d'usure cérébrale et une tendance fâcheuse vers l'affaiblissement intellectuel et la démence. On peut en dire autant de la perte de la mémoire, surtout chez les sujets jeunes.

Il en est de même de la malpropreté, du gâtisme, de la coprophagie, de l'obscénité et de la perte du sens de la pudeur. Lorsque ces phénomènes ne se produisent pas dans le cours d'une période aiguë, ils sont presque toujours les signes avant-coureurs de la démence.

Il est un symptôme que présentent beaucoup d'aliénés et qui indique un état mental grave et se rattachant presque toujours aux formes chroniques et de longue durée ; je veux parler de la fabrication de mots nouveaux et complètement étrangers à la langue usuelle. Un aliéné qui crée des

expressions spéciales pour son usage particulier et qui s'en sert couramment, comme si tout le monde devait les comprendre, est profondément atteint dans ses œuvres vives, et les assises de son intelligence sont fortement ébranlées.

Parmi les autres phénomènes qui peuvent accompagner le délire, les hallucinations occupent une place importante; elles aggravent toujours le pronostic, sans offrir cependant une signification toujours équivalente. On sait en effet que les perturbations auditives, les hallucinations de l'ouïe sont infiniment plus fâcheuses que les autres, et que les hallucinations de la vue sont au contraire les plus bénignes, sauf quelques cas particuliers.

Il est encore un trouble psychologique qui doit être interprété dans un sens fâcheux : c'est l'aphasie, qui presque toujours se rattache à une lésion organique du cerveau.

Signalons par contre, parmi les signes les plus favorables, le retour du malade aux sentiments, aux affections, aux idées qui prédominaient chez lui à l'état normal. Il n'est pas jusqu'aux vices et aux défauts habituels dont la réapparition ne puisse être favorablement interprétée. Rush cite le cas d'un jeune homme dont la guérison fut annoncée par le retour du bégaiement dont il était affecté avant sa maladie.

8° *Etat physique.* — Il est un certain nombre de symptômes tirés des troubles physiques qui accompagnent l'aliénation mentale, qui présentent un sens assez précis au point de vue du pronostic.

Les troubles de la motilité, le tremblement, les convulsions, les paralysies, ont toujours une signification fâcheuse, et relèvent le plus souvent d'une lésion organique.

L'anesthésie cutanée, l'indifférence à la douleur, à la chaleur et au froid, sont aussi d'un fâcheux augure, sauf

dans les périodes aiguës de la maladie, où on les rencontre très souvent.

La catalepsie, les contractures, fort communes dans les maladies mentales, n'ont pas en général un poids aussi grave.

Il existe une catégorie de troubles physiques qui doivent faire redouter l'apparition de la démence. Une attitude extérieure vicieuse, l'abaissement de la tête sur la poitrine, l'expression niaise de la physionomie et surtout la chute de la mâchoire inférieure et l'écoulement de la salive sont des signes précurseurs de l'anéantissement des facultés intellectuelles. On peut en dire autant du relâchement musculaire et surtout de la paralysie des sphincters.

Enfin, rien n'est plus grave que l'amélioration générale de l'organisme, le retour de l'appétit et l'embonpoint, sans une amélioration correspondante au point de vue mental; c'est là presque toujours le vestibule de la démence.

Mais, d'un autre côté, il n'est point de guérison solide sans une amélioration physique évidente. Quand le malade revient à la raison sans retrouver la santé, il reste exposé à des rechutes continuelles.

Nous sommes ainsi naturellement amené à parler de la question des récidives.

9° *Récidives.* — On admet en général en France que, dans une proportion de 25 pour 100, soit un quart, les aliénés guéris sont frappés de nouveau (1). Le malade est d'autant plus sujet aux récidives que sa maladie était plus intimement liée à sa conformation intellectuelle et cérébrale. C'est ce qu'on observe par exemple chez les héréditaires et les épileptiques.

(1) La statistique de Max Jacobi, qui embrasse une période de vingt ans, est beaucoup moins favorable. Nous en dirons autant de la plupart des statistiques étrangères.

Le malade sera d'autant moins sujet aux rechutes que la folie reconnaîtra pour cause des affections aiguës, telles que la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que, soumis à l'action des mêmes causes (alcoolisme, excès de travail, abus sexuels), le sujet aura toutes chances de retomber dans la folie, et que, soustrait aux causes premières de sa maladie, il aura des chances bien plus nombreuses en sa faveur.

Enfin, il est des individus qui, en dehors de toute cause connue, sont particulièrement exposés au retour des troubles intellectuels dont ils ont souffert une première fois. Il est donc de la plus haute importance de savoir si le malade entre pour la première fois dans un établissement d'aliénés, ou s'il a été déjà traité à plusieurs reprises différentes.

Telles sont, messieurs, les règles générales qui pourront vous guider dans l'appréciation du pronostic. Vous devrez les corroborer et les compléter par votre expérience personnelle. Laissez-moi seulement vous dire qu'il ne faut pas trop facilement vous laisser aller à formuler un verdict d'incurabilité, et cela pour deux raisons : d'abord parce que la clinique nous réserve à cet égard bien des surprises inattendues ; ensuite parce que le médecin, lorsqu'une fois il a condamné son malade, est entraîné par une pente irrésistible à ne plus s'occuper de lui et à l'abandonner sans aucun traitement.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

DU TRAITEMENT DE LA FOLIE EN GÉNÉRAL. CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES.

SOMMAIRE. — Considérations générales sur le traitement de la folie. — Curabilité des maladies mentales. — Période prodromique ou initiale. — Période d'état. — Autophilie. — Nécessité presque absolue de l'isolement. — Convalescence : périodes terminales. — L'isolement devient alors moins nécessaire. — Traitement moral. — Traitement physique. — Traitement hygiénique. — Exercice. — Travail agricole. — Arts mécaniques. — Travail intellectuel. — Divertissements, spectacles. — Régime analeptique. — Traitement médical. — Sédatifs. — Bains. — Obscurité, lumière colorée. — Révulsifs. — Traitement pharmaceutique. — Purgatifs. — Saignée. — Opium. — Morphine. — Chloral. — Tartre stibié. — Bromures alcalins. — Alcool. — Belladone. — Digitale. — Toniques. — Quinquina. — Arsenic. — Ferrugineux. — Sulfate de quinine. — Stimulants diffusibles. — Haschich. — Emménagogues. — Contrainte. — Divers moyens de la pratiquer.
Classification des maladies mentales. — Difficultés qu'elle présente. — Absence fréquente de lésions anatomiques. — Intervention fâcheuse de la psychologie. — Innombrables variétés de l'aliénation mentale. — Classification de Morel basée sur l'étiologie. — Classification de l'auteur. — Premier groupe naturel : vésanies. — Deuxième groupe : folies névropathiques. — Troisième groupe : folies diathésiques. — Quatrième groupe : folies sympathiques. — Cinquième groupe : folies toxiques. — Sixième groupe : folies avec lésions matérielles. — Septième groupe : malformations congénitales : idiotie et crétinisme.

MESSIEURS,

Résumer dans un tableau d'ensemble les considérations générales qui s'appliquent au traitement de la folie est un effort difficile, et je ne puis le tenter qu'à la condition d'invoquer toute votre indulgence. Vous le savez en effet, chaque

forme de la maladie, chaque malade pris individuellement réclame des soins particuliers, et c'est surtout ici, c'est surtout dans le traitement de l'aliénation mentale que la règle de l'individualisme s'applique dans toute sa rigueur.

Il n'en existe pas moins des principes généraux, qu'on peut formuler en s'appuyant sur l'ensemble des notions particulières, à la condition de s'élever à une hauteur suffisante pour envisager les règles du traitement, dans chaque cas particulier, comme des conséquences qui découlent naturellement de quelques grands principes. Leur nombre est assez limité pour qu'il nous soit possible de les renfermer dans les bornes étroites d'une seule leçon.

Il est tout d'abord un premier point sur lequel je ne saurais assez insister : c'est que la folie est une maladie essentiellement curable. C'est une erreur, c'est un préjugé profondément enraciné dans l'esprit des gens du monde, que l'aliénation mentale ne guérit jamais. Le médecin doit savoir au contraire que, parmi les aliénés confiés à ses soins, il en est plusieurs qui peuvent espérer un rétablissement complet. Cette conviction doit régner avant tout dans sa conscience; car la perte de l'espoir mène à l'indifférence en thérapeutique, qui favorise trop la paresse d'esprit, si naturelle à plusieurs d'entre nous, pour n'être point acceptée avec enthousiasme.

La folie est donc essentiellement curable; il en est surtout ainsi pendant la période prodromique ou initiale, et, malheureusement, il est rare que le malade soit mis en contact, à ce moment critique, avec un aliéniste de profession. Souvent, il poursuit le cours de ses occupations habituelles sans être inquiété, et lorsque enfin son état mental attire l'attention, ce sont des praticiens ordinaires, des chirurgiens, des accoucheurs, qui les premiers sont appe-

lés auprès de lui. Voilà pourquoi des notions élémentaires en médecine mentale sont indispensables à tout homme qui veut exercer l'art de guérir. Il importe, en effet, dans les cas élémentaires, de formuler un diagnostic précis et rigoureux. Il faut surtout se garder de partager les illusions de la famille, qui répugne presque toujours à reconnaître l'existence d'une maladie mentale chez l'un de ses membres, et qui, chose étrange, parvient souvent à faire partager ses erreurs à des médecins même assez instruits.

A cette période initiale, le repos de l'esprit, l'exercice physique, le changement de lieu, les voyages peuvent souvent rendre les plus grands services, surtout quand on les associe à un régime tonique et à des moyens pharmaceutiques choisis avec discernement.

Mais le délire éclate, les phénomènes aigus de la maladie se manifestent. C'est alors qu'il faut reconnaître l'absolue nécessité de la séquestration et de l'isolement. Cette mesure, qui répugne presque toujours aux familles, est commandée par une impérieuse nécessité. Rien n'est plus facile que d'en indiquer les motifs. Et d'abord, il faut éloigner le malade du milieu qui l'environne et qui, bien souvent, entretient et surexcite ses troubles intellectuels. L'une des premières conséquences de l'aliénation mentale, c'est l'autophilie ; c'est cet état psychologique dans lequel le malade devient le centre de ses propres pensées. Rien ne se passe dans le vaste univers qui ne se rapporte directement à lui. Rien ne se produit dans le cercle qui l'environne qui ne soit immédiatement interprété en faveur de son délire. S'il regarde les personnes qui l'entourent, il lui semble que tous les yeux sont braqués sur lui. S'il écoute une conversation, s'il ouvre un journal, il croit à chaque instant y saisir des allusions à ses idées. Enfin, les hal-

lucinations se mettant de la partie, il finit par étendre son délire sur tout ce qui l'environne et par se considérer comme le point de mire de tous les événements qui se passent dans sa sphère. Cette exaltation morbide du sentiment individuel s'exagère et s'exaspère dans le cercle étroit de la vie de famille. Là, le malade exerce une influence tyrannique sur tout son entourage ; ses moindres caprices deviennent des événements, et il finit par détester ceux qui, courbés devant lui, ne craignent rien autant que de contrarier la moindre de ses volontés.

Transporté dans un asile, il tombe de cette hauteur artificielle où il s'était élevé. Il n'est plus qu'une fraction d'une vaste communauté, un six-centième d'un établissement qui contient six cents malades, et, ce qui accuse le plus manifestement à ses yeux la diminution de son importance, c'est l'obligation de suivre la règle de la maison, qui ne se prête plus à ses exigences tyranniques.

Aussi, dans beaucoup de cas, voit-on naître chez le malade ce calme imposé par la discipline et qui est le plus puissant sédatif des esprits agités, inquiets, difficiles à vivre; on le voit bien au collège et dans les rangs de l'armée, où les plus turbulents s'humanisent. Il est bien entendu que, pendant ces premiers temps, il faut absolument interdire les visites des amis et de la famille, qui renouvelleraient les mêmes crises, en apportant au malade les mêmes causes d'excitation. Il faut l'éloigner des personnes qui lui sont antipathiques et de celles qui, par des complaisances exagérées, quelquefois même par une participation directe, ont excité, soutenu et fortifié son délire. Et d'ailleurs, contrairement à un préjugé vulgaire, le contact des fous dans un asile est bien fait pour ramener le malade au sentiment de la réalité. Il se produit là un phénomène de

réaction dont un aliéniste sait bien souvent profiter dans l'intérêt du malade. Quant à la contagion de la folie, ce n'est pas dans un tel milieu qu'elle s'exerce. Son influence ne se manifeste que dans les limites étroites de l'intimité, et c'est là précisément une des raisons pour lesquelles il peut être utile de soustraire le malade à son entourage.

Enfin, et c'est là un argument péremptoire, l'isolement est une garantie pour l'aliéné lui-même. On le protège contre ses propres écarts; on lui impose des règles d'hygiène, on lui inflige un traitement qu'il aurait certainement repoussé s'il était resté chez lui. En outre, dans les cas de sitophobie, on l'oblige à prendre quelque nourriture, et c'est bien certainement l'un des meilleurs arguments qu'on peut faire briller aux yeux d'une famille récalcitrante. Que ferez-vous, lui dit-on, si le malade refuse obstinément de manger? Il y a là, pour ainsi dire, une réduction à l'absurde qui triomphe souvent des plus mauvaises volontés.

S'il est impossible de faire entrer le malade dans un établissement spécial, il faut absolument *créer une maison de santé autour de lui;* il faut l'isoler de ses proches, le loger dans un appartement réservé et lui donner des domestiques qui ne soient que des gardiens déguisés. C'est un moyen de traitement beaucoup plus dispendieux et difficile, mais que certaines familles parviennent à réaliser.

Telles sont les conditions qui conviennent aux malades pendant la période active de leur phrénopathie; mais plus tard il n'en est pas ainsi. Quand survient la convalescence, il est souvent de la plus haute utilité de mettre en liberté le malade et de lui rendre le contact de gens sains d'esprit, qui achèvent de consolider la guérison. Par contre, rien n'est plus dangereux que les sorties préma-

turées, qui peuvent avoir les conséquences les plus regrettables. Comment saisir le point précis où il convient d'agir? C'est surtout en pratiquant l'expérience qu'on y parviendra ; les sorties provisoires permettent de juger le malade et de prévoir, dans une certaine mesure, s'il fera un bon usage de sa liberté quand elle lui sera définitivement rendue.

Mais il faut envisager, en aliénation mentale, un genre de terminaison tout opposé. Le malade peut verser dans la démence ; il perd alors l'activité des phénomènes qui ont marqué les périodes antérieures de son délire, il devient un corps inerte et n'est plus dans la famille qu'un membre inutile et gênant. C'est surtout alors que les parents veulent le placer. C'est surtout alors que la chose est inutile et nuisible. En effet, le malade incurable, s'il possède des moyens d'existence, peut vivre infiniment plus heureux en liberté que dans l'intérieur d'un asile, car il apprécie parfaitement le droit d'aller et venir, sans être soumis à des règles inflexibles et à une surveillance perpétuelle. Pourquoi donc les familles, jusque-là récalcitrantes, choisissent-elles de préférence ce moment pour le faire interner dans un asile? Parce que la provision de bons sentiments qu'elles avaient au début s'est bientôt épuisée. A l'intérêt succède l'indifférence, et bientôt l'aversion et le dégoût. On place le malade, mais c'est pour s'en débarrasser.

Ainsi donc, au point de vue de l'isolement, on peut distinguer trois grandes périodes dans la marche de l'aliénation mentale :

1° Une période initiale, où l'isolement est souvent utile ;

2° Une période d'état, où la séquestration est absolument nécessaire ;

3° Enfin, une période terminale, où, les conditions étant changées, il est préférable, dans bien des cas, de laisser le malade en liberté.

Traitement moral. — L'internement du malade est le premier et le principal élément du traitement moral, mais il est tout un ensemble de moyens qui se rattachent à ce principe et qui méritent une place importante dans les soins à donner à l'aliéné.

Par traitement moral, Leuret entendait une sorte d'intimidation systématique. Le malade était tancé, menacé, réprimandé pour ses conceptions délirantes, et s'il persistait à les soutenir, il était puni par des moyens de rigueur, dont la douche formait la base principale. Il est incontestable qu'il y avait là une exagération manifeste. Mais on ne saurait méconnaître la part de l'influence que certains hommes savent exercer par leur attitude sur la guérison des aliénés. Il ne faut point sans doute les contredire ouvertement, comme le faisait Leuret ; mais il est utile de causer avec eux, de solliciter leur confiance et de chercher à combattre leurs conceptions erronées. Impuissant dans la période active de la folie, le raisonnement peut rendre des services au cours de la convalescence, quand le malade hésitant commence à concevoir quelques doutes sur la justesse de ses idées. Il va sans dire que cette méthode ne doit être employée qu'avec la plus extrême réserve et la plus grande discrétion.

Traitement physique. — Nous arrivons maintenant au traitement physique, qui comprend trois ordres de moyens : hygiéniques, médicaux et pharmaceutiques.

Traitement hygiénique. — L'exercice, le travail, soit physique, soit intellectuel, est un puissant moyen de sédation chez les fous. Le travail agricole a été surtout recommandé, et il n'est pas douteux qu'une vie active en plein

air est très utile, surtout pour les aliénés robustes et qui ont conservé une certaine vigueur physique.

On peut aussi exercer les malades aux arts mécaniques dont ils ont fait autrefois l'apprentissage. Ils arrivent ainsi dans une certaine mesure à contribuer à leur propre entretien. Dans beaucoup d'établissements, les vêtements des malades sont confectionnés dans la maison, et le service intérieur est fait par eux en grande partie. Il ne faut point d'ailleurs exagérer le système, et si le travail des champs peut être utile aux malades, ce n'est point une raison pour organiser l'exploitation des aliénés par l'agriculture.

Reste la question du travail intellectuel. Dans une certaine mesure, nous le croyons utile et même nécessaire pour les esprits cultivés ; les illettrés eux-mêmes peuvent en tirer un bon parti, et dans les établissements où des écoles sont organisées pour les aliénés, plus d'un malade qui à son entrée ne savait ni lire ni écrire, est sorti guéri et pourvu d'une instruction élémentaire.

Les sujets d'étude qu'il est permis de choisir sont fort divers. Les langues, la littérature, la géographie, la peinture et la musique peuvent être cultivées par les aliénés. En Angleterre on les exerce souvent au calcul et l'on prétend obtenir de bons résultats de cette gymnastique. Il est évident qu'il s'agit ici surtout d'une question de mesure. Mais, si nous recommandons le repos pour les esprits fatigués, il ne faut point oublier que pour des cerveaux actifs l'inertie absolue devient bientôt une fatigue.

C'est dans le même ordre d'idées qu'on peut recommander les divertissements de toute espèce, les concerts, les représentations théâtrales, les promenades. Il est souvent utile d'accorder aux malades des sorties pendant lesquelles, sous une surveillance attentive, ils peuvent oublier la monotonie

de l'asile. Nous connaissons une maison de santé en Angleterre où l'on autorisait autrefois certains aliénés à suivre à cheval la chasse au renard, mais on a reconnu des inconvénients à cette pratique, et il a fallu restreindre cet excès de liberté.

Régime. — Aux moyens que nous venons d'énumérer, il faut joindre un régime essentiellement analeptique. Les aliénés sont souvent doués d'un grand appétit. Ils ont besoin de nourriture, et cette nourriture doit être généreuse ; ils doivent manger de la viande, des aliments azotés et phosphorés, mais on doit leur refuser les excitants, les condiments épicés et ne leur accorder le vin qu'en petite quantité, sauf les cas particuliers ; on sait en effet que la plupart des aliénés se grisent avec une facilité déplorable et que l'ivresse exerce sur leur état mental une influence des plus fâcheuses.

Traitement médical. — Nous comprenons sous ce titre les moyens destinés à exercer une action physique sur les malades et qui cependant ne rentrent point dans la catégorie des médicaments. On peut les diviser en trois grandes classes : les sédatifs, les révulsifs et les excitants.

Parmi les sédatifs, la première place appartient au bain prolongé. On peut avec avantage laisser séjourner les aliénés pendant plusieurs heures dans un bain dont on entretient la température à un degré constant. Certains malades supportent des bains de plusieurs heures et même de plusieurs jours. On peut combiner avec les bains tièdes des affusions froides sur la tête.

Parmi les autres moyens sédatifs, nous citerons surtout l'obscurité plus ou moins complète et la lumière colorée, (système Polli) qui semble réellement dans certains cas exercer une bienfaisante influence.

La médication révulsive se fait évidemment dans le même sens que la médication sédative, bien que les procédés soient différents ; elle a surtout pour but de décongestionner les centres nerveux en appelant à la surface un afflux sanguin. Nous citerons en première ligne, parmi les moyens de cet ordre, les bains sinapisés, dont on fait un grand usage en Angleterre, surtout dans les cas d'agitation et d'insomnie (1).

Les autres révulsifs le plus souvent employés sont les frictions sèches ou stimulantes, les vésicatoires et le séton. Ce dernier moyen est souvent employé avec un certain succès dans le traitement de la paralysie générale. J'ai vu, dans des cas de stupeur, réveiller la vitalité par la méthode de Baumscheidt qui consiste, on le sait, à faire une multitude de piqûres d'aiguille à la peau à l'aide d'un appareil spécial, puis à exciter le point choisi avec une huile irritante, qui amène une éruption très abondante.

Parmi les moyens stimulants, je citerai surtout l'hydrothérapie, dont l'usage est devenu presque général dans le traitement des maladies mentales, et l'électricité surtout sous la forme de courants galvaniques dirigés à travers l'encéphale.

Traitement pharmaceutique. — L'emploi des moyens pharmaceutiques ne jouit point en général d'une grande faveur parmi les aliénistes de profession. On comprend que, découragés par des insuccès répétés, ils préfèrent s'en tenir aux moyens hygiéniques et aux médications extérieures,

(1) Nous avons déjà parlé de ce moyen de traitement (p. 274). Pour de plus amples détails, consulter l'article de Laurent, *Annales médico-psychologiques*, t. IX, 1867. C'est à M. le docteur Newington que revient surtout l'honneur d'avoir introduit ce moyen dans la thérapeutique des maladies mentales.

obéissant en cela à la tradition de Pinel. Et cependant il est incontestable que l'emploi des remèdes internes peut rendre chez les aliénés de très importants services. On comprend d'ailleurs que je ne puis ici me permettre qu'une énumération très rapide des moyens qu'il convient d'employer.

Commençons par les méthode les plus anciennes, qui sont en honneur depuis la plus haute antiquité.

L'utilité des purgatifs a été reconnue de tout temps. D'abord, les aliénés ont une tendance constitutionnelle à la constipation. Ensuite, la révulsion sur le tube intestinal est assurément au nombre des médications les plus utiles dans les cas d'aliénation mentale. Les anciens purgeaient les fous avec de l'ellébore ; nous avons recours à des purgatifs dont l'action est plus régulière : l'huile de ricin, additionnée de quelques gouttes d'huile de croton, les purgatifs salins et surtout les pilules à base d'aloès. Chez presque tous les aliénés, il est utile de commencer le traitement par des évacuations abondantes, et les purgations doivent être souvent répétées dans le cours du traitement.

Notons d'ailleurs que la sitophobie et d'autres délires analogues sont souvent entretenus par un état de gastricité qui se dissipe par l'emploi d'une médication appropriée.

Après les purgatifs vient la saignée, moyen dont on abusait autrefois, et qui, discrédité depuis la réforme de Pinel, est tombé dans un abandon peut-être exagéré. Certes, il n'en faut user qu'avec la plus grande prudence ; mais chez certains paralytiques généraux manifestement congestifs, chez les épileptiques et chez certains vésaniques, la saignée peut rendre de véritables services. Nous préférons de beaucoup à la phlébotomie les applications de sangsues soit à la tête, soit à l'anus.

Nous arrivons aux calmants, dont l'importance ne sau-

rait être méconnue, mais qui jouissent d'une faveur peut-être excessive.

L'opium et les injections de morphine occupent une place très importante dans le traitement de la folie, surtout dans les formes caractérisées par l'agitation. Ces moyens peuvent également réussir dans certains cas de lypémanie où les allures du malade témoignent d'une excitation vive. On a peut-être exagéré l'utilité de ces moyens, et l'on est arrivé à exercer sur les centres nerveux une pression absolument abusive. Ce n'est point un motif pour méconnaître les importants services que peut rendre cette médication, dont il faut seulement éviter les excès.

Le chloral, soit isolé, soit combiné aux injections hypodermiques de morphine, est un calmant de premier ordre et dont l'indication trouve surtout un emploi dans les cas où l'insomnie joue un rôle prépondérant.

Il est un médicament dont l'influence dépressive a été souvent utilisée, surtout en Angleterre : c'est le tartre stibié, qui amène, comme on l'a dit avec raison, un état de *quiétude* d'autant plus remarquable qu'il avait été précédé par une vive agitation.

La combinaison du tartre stibié avec l'opium et les autres calmants donne souvent des résultats beaucoup plus accentués que l'usage isolé de ce médicament.

Les bromures alcalins ont conquis une position tellement importante dans le traitement des maladies nerveuses et mentales, qu'il serait absolument inutile d'en plaider la cause ; tout au plus doit-on protester contre l'abus qui s'en est fait quelquefois.

Les trois grandes indications de l'emploi des bromures en médecine mentale sont : 1° la mélancolie ; 2° les troubles psychiques liés à l'épilepsie ; 3° les perturbations intellec-

tuelles qui se développent sur un fond hystérique. Dans ces trois conditions, les effets des bromures alcalins sont souvent merveilleux, et s'il ne faut pas toujours attendre un succès complet de ce mode de traitement, il faut du moins s'y adresser en première ligne et le continuer avec une longue persévérance.

Parmi les calmants, il faut encore ranger l'alcool, qui, suivant les circonstances, peut agir comme un sédatif ou comme un stimulant. C'est surtout chez les anciens alcooliques qu'il trouve son emploi, mais il peut être fort utile à dose modérée dans certains cas de dépression profonde de l'activité fonctionnelle des centres nerveux.

Citons enfin la belladone, qui est le plus souvent associée à l'opium ou à ses dérivés, et la digitale, qui peut rendre de grands services dans les cas où les fonctions circulatoires sont compromises, et en particulier dans la folie cardiaque.

Les toniques, il est à peine besoin de le dire, jouent un rôle des plus importants dans le traitement des maladies mentales. L'affaissement physique dont elles s'accompagnent si souvent, la perte des forces et de l'appétit, l'amaigrissement enfin, nous font un devoir de remonter les malades, et dans ce but on aura surtout recours au quinquina et à ses dérivés, à l'arsenic, à l'alcool, et, dans les cas d'anémie, aux préparations ferrugineuses. Le sulfate de quinine a quelquefois favorablement modifié le type de certains délires dont les accès étaient franchement périodiques.

Les stimulants diffusibles sont rarement employés. Le thé et le café sont habituellement proscrits; cependant il est des cas où ils ont pu rendre quelques services, surtout chez les malades qui, après avoir dépassé les premières périodes où l'excitation prédomine, sont tombés dans un état de dé-

pression monotone. Chez les hallucinés, on a quelquefois employé le haschich. Les résultats de cette médication se sont montrés jusqu'à présent trop irréguliers et trop infidèles pour qu'il soit permis de la recommander.

Enfin, chez les femmes dont la menstruation est dérangée, il est incontestable que les emménagogues ont souvent rendu les plus grands services, et qu'en faisant couler les règles, on a pu quelquefois mettre fin à un accès d'aliénation mentale.

Nous sommes loin d'avoir épuisé la liste des moyens pharmaceutiques que l'on peut opposer aux divers accidents de la folie. Nous avons eu surtout pour but de démontrer l'immense importance de cet ordre de moyens trop dédaignés par les anciens aliénistes, fidèles aux traditions de l'école de Pinel, et laissés quelquefois dans l'ombre par les modernes qui accordent volontiers la préférence aux grands moyens hygiéniques, à l'isolement, à l'exercice, au régime, aux traitements extérieurs. Sans méconnaître leur importance, nous croyons qu'on peut les combiner à l'emploi des remèdes dont la médecine ordinaire fait un si grand usage et avec un succès si légitime.

Mais, pour administrer un médicament, il faut presque toujours le consentement du malade, et chez les aliénés ce consentement nous fait souvent défaut. On emploie alors une foule de subterfuges ingénieux ; on les trompe en mélangeant les médicaments à leur nourriture, on invente mille stratagèmes, mais enfin il est des cas où il faut recourir à l'usage de la force.

Contrainte. — Nous touchons ici, par l'un de ses plus petits côtés, à une question de la plus haute importance, celle de *la contrainte.* Depuis longtemps ce sujet est à l'or-

dre du jour, et nos voisins en Angleterre, exagérant peut-être les réformes de Pinel, en sont arrivés presque à proscrire l'usage de la camisole et à laisser ouvertes les portes de leurs asiles, où les aliénés se trouvent en liberté. Il faut pourtant se rendre compte du véritable état des choses et ne point accepter des mots pour des réalités. S'il est impossible d'abandonner certains aliénés à leurs impulsions désordonnées, il ne faut point croire que la contrainte exercée sur eux est moins odieuse parce qu'elle s'exerce par les bras des gardiens.

Chez les sujets décidés à se mutiler eux-mêmes, à commettre des tentatives de suicide qui réussissent parfois, chez ceux qui déchirent leurs vêtements et qui brisent tout ce qui est à leur portée, la contrainte est nécessaire, et ce n'est véritablement qu'une question accessoire de savoir si elle sera exercée au moyen d'une camisole ou par l'emploi direct de la force musculaire. Nous ne saurions point approuver non plus l'abus extrême qu'on a fait quelquefois des préparations narcotiques et en particulier des injections hypodermiques de morphine. On supprime ainsi la nécessité de la contrainte, mais c'est en abrutissant les malades ou pour mieux dire en les empoisonnant. Est-ce à leur avantage? Nous ne le croyons pas. Mais, ce qui nous paraît incontestable, c'est qu'on commet une erreur profonde en considérant les partisans de la contrainte, réduite à de justes proportions, comme des hommes peu libéraux et des adversaires du progrès. Il serait plus juste de les regarder comme des esprits positifs qui, sans se payer de mots, veulent toucher le fond des choses et connaître la réalité en tout.

Nous avons formulé les principes généraux qui doivent présider au traitement des aliénés ; les détails que comporte

le sujet trouveront mieux leur place dans l'étude de chacune des formes que peut revêtir l'aliénation mentale.

Messieurs, il nous reste maintenant à traiter un sujet qui se place naturellement à la fin des études d'ensemble que nous avons entreprises, et qui sert de transition entre la pathologie générale et la pathologie spéciale, en psychiatrie.

Il est un complément que tout aliéniste, traitant des maladies mentales, se croit obligé à donner aux idées générales qu'il a exprimées. C'est la classification des diverses espèces et des innombrables variétés que peut offrir la folie.

Malheureusement cette œuvre de systématisation nosographique, difficile de tout temps et dans toutes les branches de la médecine, est entourée à notre époque et dans notre spécialité de difficultés bien plus grandes que partout ailleurs. Trois grands obstacles, en effet, se dressent devant nous, dès que nous cherchons à aborder cette question.

Le vice fondamental, l'obstacle irrémédiable auxquel se sont heurtés tous les nosographes qui ont essayé de systématiser nos connaissances en médecine mentale et d'en présenter le tableau dans une vue d'ensemble, c'est l'absence à peu près complète des lésions anatomiques dans la majorité des cas de folie proprement dite. En effet, en dehors de la grande famille des névroses, c'est essentiellement sur l'anatomie pathologique que sont basées les classifications médicales, et s'il existe de grandes familles pathologiques, les pyrexies par exemple, dans lesquelles le complexus symptomatique semble dominer la situation et assigner à la maladie sa véritable place dans les cadres, il

n'en est pas moins vrai que l'anatomie pathologique, même en pareil cas, a porté la précision là où régnaient auparavant les idées les plus vagues et les plus confuses.

Ce progrès, nous ne l'avons point encore réalisé en aliénation mentale. Nous possédons à coup sûr une vue plus nette des conditions dans lesquelles prospère ou périclite le fonctionnement cérébral. Mais il nous est absolument impossible, pour le moment, de formuler les principes qui doivent nous permettre de ranger selon leurs affinités naturelles les groupes symptomatiques auxquels nous avons affaire.

Telle est la première et la principale difficulté à laquelle on s'est heurté tout d'abord ; mais, en l'absence de lésions bien définies, il fallait s'en rapporter aux symptômes, et c'est ici que l'intervention de la psychologie a porté un préjudice énorme aux progrès de la médecine mentale. Détournée de sa voie légitime, notre science a paru pendant longtemps n'être qu'une simple annexe de la métaphysique. Erreur profonde, car, on le reconnaît aujourd'hui, elle doit occuper une place parmi les sciences naturelles, à côté des autres branches de la médecine et de la physiologie. Tel est le deuxième obstacle placé sur notre chemin.

Une classification aussi simple que celle du fondateur de l'école française ne pouvait évidemment servir qu'à tracer un cadre ; mais les innombrables variétés, les combinaisons infinies que présentent les formes si riches et si nombreuses de l'aliénation mentale, devaient nécessairement faire éclater ce cadre trop étroit, dans lequel on cherchait à les enfermer. Troisième et dernier obstacle, qui nous a valu ces classifications discordantes, où l'on voit les maladies caractérisées par une lésion anatomique, comme la paralysie générale, venir se ranger à côté d'autres maladies caractéri-

sées par leurs causes, telles que la folie puerpérale, ou de ces formes psychologiques, telles que la manie, la mélancolie, la démence, qui ont longtemps passé pour des affections définies, au lieu d'être considérées comme des états généraux de l'esprit, qui peuvent correspondre aux mécanismes pathologiques les plus divers et les plus opposés.

Morel, par un trait de hardiesse, nous avons presque dit de génie, a trouvé la véritable base sur laquelle peut s'appuyer une classification rationnelle des maladies mentales. Il a compris que ni les lésions ni les symptômes ne pouvaient être invoqués ici, et c'est à l'étiologie qu'il a fait appel. Groupées, en effet, d'après les causes qui leur ont donné naissance, les maladies mentales se rangent par familles naturelles et présentent dans leur évolution, dans leurs rapports, dans leurs transformations, un ensemble qui satisfait l'esprit et répond assez exactement aux nécessités de la clinique.

La tentative de Morel devait naturellement passer pour une hérésie à une époque où, fidèles aux traditions de Pinel et d'Esquirol, les aliénistes français se refusaient à accoler ensemble des formes absolument diverses de délire. Mais aujourd'hui cette objection est sans valeur. Nous savons en effet que le délire n'est après tout qu'un symptôme, qu'il fait partie le plus souvent d'un groupe d'éléments morbides, et qu'en étudiant la condition d'un aliéné, les troubles physiques doivent attirer notre attention au même titre que les désordres intellectuels.

Les principes de Morel serviront donc de base à la classification que nous croyons devoir adopter et qui diffère notablement de la sienne. Cette première tentative, en effet, imparfaite comme le sont presque toujours les œuvres ori-

ginales des premiers inventeurs, est absolument en retard aujourd'hui sur les progrès de la science. Morel divisait les maladies mentales en six groupes. Le premier comprenait les folies héréditaires ; le second, les folies par intoxication ; le troisième, les folies déterminées par la transformation de certaines névroses ; le quatrième, les folies sympathiques ; le cinquième, les folies idiopathiques, parmi lesquelles il rangeait, on ne sait trop pourquoi, la paralysie générale ; enfin, le sixième groupe comprend la démence et les formes terminatives.

Nous ne perdrons pas un temps précieux à critiquer les imperfections et les lacunes d'une œuvre dont nous adoptons pleinement le principe. Mais, appuyé sur une vue plus large des conditions générales de la pathologie, nous chercherons à établir une échelle graduée, en commençant par les formes d'aliénation mentale qui se dégagent le plus complètement des lésions anatomiques, pour arriver à travers plusieurs étapes successives à celles où les troubles matériels constituent le fond même du tableau.

Il est un axiome fondamental qui doit nous servir d'excuse et nous faire pardonner la hardiesse d'une tentative pareille, venant après tant d'autres tentatives. Toute classification est une œuvre artificielle, une figure schématique destinée à faciliter les descriptions et à permettre aux observateurs de ranger méthodiquement leurs connaissances. Mais la nature n'admet point ces distinctions, et tout arrangement systématique n'est qu'une image plus ou moins défigurée de la réalité.

Je me propose donc de classer dans un ordre défini les notions que nous possédons, comme on range les livres sur les rayons d'une bibliothèque, d'après un système qui les rend faciles à trouver. Mais autant il importe d'avoir un bon

catalogue, autant il serait absurde de considérer la rédaction de ce catalogue comme le but suprême de la science et le dernier terme de nos efforts.

D'ailleurs, il faut bien se le rappeler : les genres et les espèces, en pathologie, ne sont fondés que sur le rapprochement de certains faits groupés par leurs analogies, et ce serait une erreur profonde que de leur attribuer la même valeur qu'en histoire naturelle, et de comparer, par exemple, le groupe des névroses à la famille des myrtacées.

Ces principes une fois établis, je me sens plus à l'aise pour aborder le sujet.

Parmi les maladies mentales, il en est un grand nombre qui paraissent ne coïncider avec aucune lésion anatomique appréciable, soit parce que nos moyens d'investigation sont encore trop imparfaits, soit parce qu'il s'agit, en réalité, de lésions fonctionnelles. Je ne veux point rentrer ici dans une discussion qui a été soulevée plus haut (p. 216). Il nous suffira de dire que ces affections, dont l'existence est incontestable, forment le premier groupe naturel des folies sous le nom de *vésanies*. On peut prendre pour types de cette classe la folie circulaire et les délires partiels.

En second lieu, et immédiatement après le premier groupe, vient la famille parfaitement naturelle des folies névropathiques. L'hystérie, l'épilepsie, la chorée, le goître exophthalmique, la paralysie agitante s'accompagnent souvent d'un état mental particulier. Le malade peut souvent alors franchir les frontières de la raison pour envahir le domaine de la folie. Nous voyons intervenir ici, si je puis ainsi m'exprimer, un élément pondérable, car s'il n'y a point de lésion anatomique bien définie dans les folies névropathiques, du moins elles plongent par leurs racines dans un substratum pathologique dont l'origine est évidem-

ment matérielle. Elles ne relèvent pas de ce qu'on appelait autrefois les maladies de l'esprit.

Un troisième groupe est formé par les folies diathésiques, dont l'origine se rattache à ces états généraux connus sous les noms de goutte, de rhumatisme, de tuberculose, etc. Ici encore l'élément matériel devient de plus en plus prépondérant ; car, si nous ne connaissons point la nature intime des diathèses, nous leur reconnaissons des conséquences matérielles bien plus nettement définies que celles des névroses. Rattacher la folie aux diathèses, c'est donc la rapprocher de plus en plus des causes vulgaires qui président à l'origine des autres manifestations morbides.

Un quatrième groupe est constitué par les folies sympathiques, où la lésion d'un viscère situé en dehors de l'encéphale réagit sur les fonctions de cet organe ; le cerveau n'est point directement lésé ; mais l'influence d'une lésion matérielle de l'organisme vient retentir sur lui.

Un cinquième groupe est formé par les folies toxiques de Morel. Ici l'agent matériel devient de plus en plus visible : c'est un poison qui circule dans toute l'économie, et qui vient affecter le cerveau, comme la plupart des autres organes.

Avec le sixième groupe, nous arrivons aux lésions organiques, parmi lesquelles la paralysie générale occupe la place d'honneur. On peut y joindre l'aphasie, presque toujours consécutive à des lésions matérielles et bien définies, ainsi que la démence hémiplégique et les autres déchéances de l'esprit qui se rattachent aux altérations matérielles de l'encéphale (1).

(1) L'aphasie n'est pas une folie dans le sens ordinaire du mot; mais c'est un trouble psychologique bien défini, qui résulte souvent de lésions matérielles évidentes. C'est à ce titre que nous lui accordons une place dans notre tableau.

Enfin, pour descendre à un degré au-dessous, il faut atteindre les malformations congénitales qui donnent naissance à l'idiotie et au crétinisme. Ce sont en quelque sorte des mutilations du cerveau, qui formeront notre septième et dernier groupe.

Le tableau des divisions que nous avons admises se déroulera donc de la manière suivante :

FOLIES	1° vésaniques ou essentielles (sans lésion).	Types : folie circulaire, délires partiels.
	2° névropathiques	hystérique. épileptique. choréique, etc.
	3° diathésiques. .	goutteuse. rhumatismale. tuberculeuse. cancéreuse. anémique, etc.
	4° sympathiques. .	génitale. cardiaque. gastro-intestinale. pulmonaire, etc.
	5° toxiques.......	alcoolique. saturnine. morphinique, etc.
	6° organiques ou cérébro-spinales	paralysie générale. aphasie. délire aigu. démence hémiplégique, etc.
	7° congénitales ou morphologiques	idiotie. imbécillité. crétinisme.

Sans attacher la moindre importance à cette classification, je la considère, permettez-moi de le répéter, comme un moyen commode de grouper nos connaissances, et je me propose de la suivre dans les études de pathologie spéciale que nous allons entreprendre. Jusqu'ici, en effet, nous nous sommes occupé exclusivement de pathologie générale,

car les formes du délire, nous le répétons encore une fois, ne doivent pas être considérées comme des maladies à part.

Mais l'étude, même superficielle, de chacune des maladies mentales qui pourraient se grouper dans le tableau que nous avons esquissé, remplirait des volumes et nous entraînerait absolument au-delà des limites que nous nous sommes tracées. Nous nous proposons donc de choisir dans chaque groupe un type qui nous servira d'exemple et dont la description pourra nous aider à comprendre l'histoire des autres maladies parallèles, s'il nous convient d'en faire une étude spéciale (1).

Pour le groupe des vésanies, nous choisirons l'un des délires partiels qui offrent le type le plus net, le plus distinct et le mieux caractérisée : c'est la folie religieuse ; nous lui consacrerons la prochaine leçon. Nous parlerons ensuite de la folie du doute, qui offre le plus complet des délires avec conscience.

(1) On nous pardonnera de n'avoir point mis sous les yeux du lecteur les principales classifications proposées par les auteurs. Outre l'ennui que produirait une énumération semblable, nous y verrions un autre inconvénient, celui d'attacher trop d'importance à un sujet qui, selon notre avis, doit toujours rester à l'arrière-plan et ne mérite qu'une attention limitée.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

DE LA FOLIE RELIGIEUSE.

SOMMAIRE. — Que faut-il entendre par monomanie ou délire partiel? — Folie religieuse. — Sa fréquence à notre époque. — Histoire de deux malades. — Folie religieuse à forme exaltée, on théomanie. — Influence de la naissance et de l'éducation. — Influence de la puberté. — Période de développement de la folie religieuse. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Incapacité de travail. — Activité inquiète. — Excitation sexuelle. — Mode de début. — Epidémies de délire mystique. — Idées ambitieuses. — Période d'état de la théomanie. — Règne des hallucinations. — Mutilations. — Castration. — Crucifixion. — Sacrifices humains. — Période de déclin. — Pronostic.

Folie religieuse à forme dépressive ou démonomanie. — Trois formes. — Causes souvent frivoles en apparence. — Maladie plus fréquente chez les protestants. — Conséquences. — Mutilations. — Meurtres. — Croyance à l'immortalité. — Impulsion au suicide. — Damnés. — Possédés. — Sorciers. — Pratiques des sorciers. — Pronostic moins grave que dans la forme exaltée.

MESSIEURS,

Depuis longtemps je me suis proposé de traiter devant vous la question des délires partiels, qui manque au programme de nos leçons et qui présente cependant, soit au point de vue doctrinal, soit au point de vue clinique et pratique, une importance de premier ordre.

Il est encore aujourd'hui, parmi les grands héritiers de l'école française, des aliénistes éminents restés fidèles à la doctrine d'Esquirol, et qui admettent l'existence des monomanies.

Ils demeurent convaincus qu'un seul genre de conceptions délirantes, une seule espèce d'impulsions pathologiques peut envahir la scène intellectuelle sans porter préjudice, pendant un temps assez long du moins, à l'équilibre des autres facultés. Cette opinion, nous devons en parler avec respect, car c'est l'opinion de nos anciens, c'est l'opinion de nos pères, c'est l'opinion de nos maîtres.

Et cependant, l'axe intellectuel de la génération présente s'est entièrement déplacé à cet égard. Falret père, un des premiers, s'est élevé avec une énergie soutenue contre la doctrine de la monomanie ; presque isolé à son époque, considéré surtout comme un logicien avide de controverse et s'attachant à des questions de mots, Falret a vu ses idées triompher graduellement, même pendant sa vie, et aujourd'hui son triomphe est bien complet.

On reconnaît, en effet, qu'il existe chez les aliénés un trouble général des facultés intellectuelles et morales, une perturbation d'ensemble des fonctions cérébrales; on reconnaît que, longtemps avant de présenter un affaiblissement de la mémoire ou du raisonnement, plus d'un aliéné présente une perversion totale des sentiments, des affections et des instincts ; et plus on marche dans cette voie, plus on s'attache à cette analyse, plus on approfondit le problème, plus on demeure convaincu que les manifestations psychologiques de la folie constituent un ensemble dont on ne saurait logiquement démembrer les parties.

Il n'en est pas moins vrai que, dans certaines formes de délire, les aberrations mentales se groupent autour d'un centre commun et constituent une prédominance en faveur de certaines idées, de certaines tendances, qui semblent absorber pour ainsi dire tout ce qui les entoure et imposent une sorte de conscription forcée à toutes les facul-

tés de l'individu. Le délire ambitieux, le délire des persécutions dans l'ordre des conceptions délirantes, la folie homicide, la dipsomanie, dans l'ordre des impulsions irrésistibles, nous offrent des exemples classiques de ce qu'on nomme aujourd'hui des délires partiels.

Et si j'ai choisi la folie religieuse pour sujet de cette conférence, c'est d'abord parce que cette forme de vésanie offre un type accompli de délire partiel; c'est ensuite parce qu'elle est bien plus fréquente qu'on ne le pense en général. En effet, dans les livres classiques, dans les mémoires qui se publient tous les jours, on voit se produire une assertion que je regarde comme erronée. On dit que la folie religieuse est en décroissance, qu'elle n'est plus de notre siècle; qu'aujourd'hui les soucis matériels, les agitations de la politique ont détourné les intelligences de cette voie et leur ont tracé un sillon tout nouveau.

Messieurs, si les formes extérieures de la société peuvent changer, la nature de l'homme ne change jamais; il y aura toujours des religions, parce que le sentiment religieux est un élément primordial de l'esprit humain. Sans doute on ne voit point aujourd'hui, comme au temps des croisades, un peuple tout entier partir flamberge au vent pour aller pourfendre les infidèles. Mais je suis porté à croire que, même aux temps où l'exaltation religieuse présentait la plus vive intensité, la masse de la population était assez indifférente : le peuple en général partage assez volontiers l'opinion des Chinois, pour lesquels la religion est certainement une chose excellente, mais le commerce vaut encore mieux.

Or, s'il est un fait démontré par l'histoire, c'est que les idées religieuses acquièrent une prédominance marquée aux époques d'agitation, de luttes et de réformes. C'est

surtout au moment où les religions se fondent et s'écroulent, que s'exaltent certains esprits, qui sont en assez grand nombre pour fournir un affluent considérable au fleuve de l'aliénation mentale.—Nous sommes en présence d'un de ces moments, et sans vouloir me livrer à des énumérations stériles, je dirai que la pratique de tous les jours nous amène des fous dont les uns sont des religieux exaltés, les autres au contraire des victimes des terreurs mystiques ; les uns et les autres appartiennent à la classe des monomanes ou plutôt des délirants partiels.

Nous possédons actuellement une assez belle collection de ces malades. Il en est deux dont je me propose de vous parler parce qu'ils représentent deux types cliniques opposés, et qui méritent soigneusement d'être distingués l'un de l'autre.

Le premier, que je vous ai présenté déjà il y a quelques semaines, est un homme d'une cinquantaine d'années, d'une taille assez élevée, d'une figure douce et d'une physionomie intelligente. C'est un ecclésiastique ; il fut ordonné prêtre à l'âge de vingt-cinq ans, et pendant quelques années il exerça les fonctions sacerdotales. Mais, dès cette époque, une santé débile, de l'anémie, des palpitations de cœur, le forcèrent de négliger d'abord, puis bientôt d'abandonner son ministère.

A trente ans, il fut pris d'une sciatique violente, qui le força de quitter l'état ecclésiastique. J'insiste sur ce fait ; la sciatique, maladie généralement très peu grave, peut être souvent la cause d'un dérangement profond de l'équilibre intellectuel.

Ainsi donc, peu après l'âge de trente ans, notre homme était à la mer, il avait cessé d'exercer ses fonctions pasto-

rales : c'était un déclassé ; cependant, fils de cultivateurs aisés, il n'était pas sans ressources et la misère ne paraît avoir joué aucun rôle dans son existence pathologique ; il semble n'avoir jamais manqué des conditions nécessaires à la vie matérielle. Mais il nous dit que, depuis 1870, il entend des voix. Il est important de noter ce fait : d'une manière habituelle, si les fous religieux sont hallucinés, c'est par l'organe de la vue que commencent les troubles sensoriels. Il semble évident que, chez notre curé, ce sont les hallucinations de l'ouïe qui ont commencé d'abord. Les voix qui lui parlaient, lui paraissaient être produites par l'électricité ; il se figurait qu'on se servait de la physique pour le tourmenter. Cet état dura pendant trois ans pendant lesquels Dieu l'éprouvait, dit-il, par l'électricité, ce qui lui donnait parfois des idées contraires au sixième commandement.

Enfin, Dieu lui apprit que c'était bien sa voix divine qui s'adressait aux hommes par son intermédiaire. Depuis de longues années, il est agent de Dieu, il est son écrivain, il écrit sous sa dictée. C'est, comme vous le voyez, la théorie de l'inspiration littérale. Plus tard, les hallucinations de la vue ont commencé, des apparitions célestes se sont montrées et il a vu l'Enfant-Jésus dans un bouquet de fleurs. Une révélation divine lui apprit qu'il était ordonné évêque et qu'il devait porter sur la poitrine une croix d'évêque. A partir de ce moment, il est allé promener ses divagations dans les foires et les réunions publiques et, poussé par cette manie commune à un si grand nombre d'aliénés, il a commencé une volumineuse correspondance. Il a écrit à l'évêque de Cahors, au pape, au maréchal de Mac-Mahon, aux 363. Comme vous le voyez, il prenait ses mesures pour être en bons termes avec tous les partis.

Son but, dit-il, est de fonder la théocratie universelle. Dieu seul doit régner sur terre à la place de tous les rois. Pour atteindre ce but, le gouvernement français doit créer une chancellerie divine et, naturellement, c'est le malade lui-même qui occupera le poste de chancelier divin. Il lui sera alloué 20000 francs d'appointements. Ce chiffre est toujours écrit de la manière suivante : *vin* mille francs, parce que la France, éprouvée par le phylloxera, ne produira plus de vin jusqu'au moment où les ordres de Dieu auront été exécutés.

On doit lui allouer, en outre, un tiers du traitement du ministre des affaires étrangères ; on lui remettra une somme de 30000 francs, une fois payés, pour construire dans son pays natal un château qui sera le siège de la chancellerie divine. On doit enfin lui payer quatre ans d'arrérages de ses appointements. Ces conditions une fois remplies, on verra régner la paix universelle, la France jouira d'une prospérité extraordinaire, et la papauté sera replacée à son rang légitime.

Mais, dans ces derniers temps, l'inspiration divine lui apprend qu'il est temps de passer des paroles aux actes. Il part donc pour Paris, se rend à l'Élysée et demande à entretenir le président de la République de ses projets. Arrêté et conduit à Sainte-Anne, il accepte avec résignation cette nouvelle tribulation que la Providence lui envoie pour éprouver sa foi.

Messieurs, vous le savez, les écrits des aliénés n'ont pas moins d'importance que leurs discours. Les manuscrits volumineux que je vous présente sont ornés d'une calligraphie toute spéciale. Lorsque notre malade écrit le nom de Dieu, il se sert de lettres capitales d'une hauteur extraordinaire ; il met trois points sur les *i*, trois barres sur les *t*, en l'hon-

neur de la Sainte Trinité. Ses ratures, car il en fait, sont d'énormes carrés d'encre. Mais, ce qui est le plus remarquable, c'est la formule sacramentelle par laquelle il commence tous ses écrits :

« Dieu, dont la voix parlante et le léger petit bruit sont, à toute oreille humaine *gauche*, comme une garde continuelle, sûre et adorable, dit les paroles suivantes. »

On le voit, d'après sa propre confession, notre malade est un halluciné unilatéral. Il le dit fort bien, c'est uniquement à gauche que Dieu lui parle. Jamais il n'entend la voix divine du côté droit.

A côté de ce malade, atteint d'une véritable monomanie religieuse, nous placerons ce jeune employé de vingt-six ans que nous vous avons présenté il y a quelques jours. Ce sujet, bien portant jusqu'à ces temps derniers, était resté vierge de toute idée mystique. Il était croyant, nous dit son père, mais ne pratiquait pas. Depuis cinq semaines, il paraissait étrange, et ses habitudes, jusque-là parfaitement régulières, s'étaient dérangées. Le dimanche qui a précédé son arrestation, il se rendit à son bureau pour travailler, croyant être au samedi. C'est là, messieurs, un fait déjà fort grave, car il faut être déjà bien malade pour perdre ainsi la notion des jours. Le lundi suivant, il commit au bureau une foule d'extravagances, invita ses collègues à se rendre avec lui à Saint-Vincent de Paul et donna un autre rendez-vous à Notre-Dame, pour le lendemain à sept heures du matin. Il rentra chez lui à minuit, sans pouvoir donner aucune explication sur cette arrivée tardive. Le lendemain mardi, il fut arrêté à Notre-Dame et conduit à la Préfecture. Il voulait établir son domicile sous le maître-autel, il se livrait à des génuflexions, à des prosternations, et baisait la terre. Il avait des hallucinations prononcées de

l'ouïe. Dieu l'inspirait, il entendait ses ordres, il chntait, par ordre divin, des chansons qui n'étaient point toujours édifiantes. Enfin, depuis son entrée dans le service de la clinique, il obéit à toutes les injonctions qui lui sont faites au nom de Dieu.

C'est à dessein, messieurs, que j'ai rapproché les deux malades dont je viens de vous rappeler l'histoire. Le prêtre est un vrai type de délire partiel, c'est un véritable cas de folie religieuse. Le jeune employé, au contraire, est un excité maniaque, chez qui les idées mystiques ont momentanément pris le dessus et constituent pour ainsi dire le masque du délire. Mais il ne faut point confondre cette perturbation générale de l'esprit avec le délire partiel dont je viens de vous présenter un si remarquable exemple ; et ce n'est point là une simple question de mots ; il s'agit d'un diagnostic de la plus haute importance, au point de vue pratique. En effet, le jeune maniaque guérira certainement, et il est entré déjà en convalescenc. Le prêtre, au contraire, est atteint d'un délire essentiellement chronique et incurable, qui se terminera certainement par la démence.

Occupons-nous maintenant, messieurs, de cette maladie dont je viens de vous présenter un type. Etudions ensemble la marche, l'évolution et les caractères cliniques qui lui sont propres.

Messieurs, s'il est possible de voir éclater brusquement la folie religieuse dans des conditions dont j'aurai à vous parler bientôt, il n'en est pas moins vrai que les candidats à cette forme de délire présentent presque toujours dans leurs antécédents de fortes prédispositions à ce désordre intellectuel ; et d'ailleurs, nés dans un milieu presque toujours saturé d'idées mystiques, ils reçoivent une éducation

qui surchauffe à certains moments les exaltations du sentiment naturel.

Dans un grand nombre de monomanies, je pourrais presque dire dans la plupart des délires partiels, il est une formule qui s'applique à la plupart des sujets. La folie du malade n'est que l'hypertrophie de son caractère normal. Cette hypertrophie, vous la trouverez aussi chez les aliénés religieux.

Voyons d'abord le point de départ ; l'aliéné mystique est né le plus souvent de parents religieux, et de bonne heure il s'est adonné à des pratiques assidues de piété. En second lieu l'éducation, comme nous l'avons déjà dit, joue ici un rôle des plus importants ; dès le début elle exerce une influence puissante sur le développement de l'individu. En formulant ainsi les origines de la folie religieuse, je ne veux pas attaquer l'esprit religieux en lui-même. Nous savons qu'il existe dans toutes les branches des connaissances humaines de puissantes intelligences qui allient une piété fervente aux dons intellectuels les plus précieux. Mais la plupart de ceux qui sont atteints de folie religieuse sont dès le principe des faibles d'esprit; leur intelligence médiocre s'attache surtout aux formes extérieures, aux petites pratiques de la religion ; ce sont des gens adonnés aux dévotions puériles ; ils perdent pied en présence des excitations de tout genre que leur apporte le culte religieux. Aussi voit-on parmi ces malades beaucoup de prêtres manqués, de pasteurs sans troupeau, de prédicateurs sans emploi. L'histoire de notre homme vient à l'appui de cette donnée. Mais ce serait une erreur de croire que tous les aliénés de cette espèce sont des faibles d'esprit. Parmi les fondateurs de religions, dont plusieurs étaient des aliénés, il s'est trouvé de grandes personnalités, ou tout au moins de

puissantes intelligences ; il me suffira de citer Luther et Mahomet. Mais, si les faibles d'esprit pèchent ici par défaut, les forts pèchent par excès. Luther et Mahomet étaient des malades. C'étaient des névropathes, qui ont dirigé vers les croyances religieuses leur suractivité cérébrale.

Le sujet ainsi préparé grandit. Il arrive à une époque critique, vous le savez, dans l'histoire de l'aliénation mentale, à la puberté. A ce moment, il se fait une sorte de *poussée* morale, qui le fait pénétrer en quelque sorte dans le vestibule de l'édifice pathologique ; les idées de perfection naissent et se développent, un sentiment profond du péché se manifeste, le malade conçoit un grand mépris de la vie et des intérêts terrestres. C'est à ce moment que se dessinent au plus haut degré les vocations religieuses qui poussent les garçons au séminaire et les filles au couvent.

A cette époque on peut déjà voir se manifester les symptômes les plus graves ; les hallucinations entrent en scène, surtout les hallucinations de la vue. Les mystiques, en effet, ont assez souvent des visions célestes, et c'est ici un fait des plus importants, comme vous le verrez bientôt.

Les hallucinations de l'ouïe viennent en général corroborer celles de la vue, mais plus tard, et les apparitions complètes marquent une période plus avancée de la maladie. Je tiens à vous faire observer que chez notre malade c'est au contraire par les troubles auditifs que la maladie a commencé. C'est là une marche tout à fait exceptionnelle.

Quel que soit l'âge auquel débute la maladie, elle traverse une période d'incubation parfois assez longue. C'est à ce moment que se manifestent les insomnies opiniâtres pendant lesquelles le malade se trouve si souvent visité par de célestes apparitions.

Des troubles divers du système nerveux viennent parfois se combiner aux premiers symptômes de cet état vésanique. L'hystérie, l'épilepsie, les extases, la catalepsie, ont été observées à ce moment ; chez les femmes la chlorose et l'aménorrhée, chez les hommes l'hypochondrie, viennent parfois compliquer la situation.

Mais ce qui caractérise essentiellement cette première période, c'est une profonde incapacité de travail, qui se marie à une inquiète activité. Les malades fréquentent avec assiduité les exercices religieux, entendent des sermons, suivent les missions ; ils dévorent les livres de piété et ne quittent leurs pratiques de dévotion que pour se plonger dans des méditations profondes. Par une conséquence inévitable, ils abandonnent leur carrière et négligent leurs devoirs professionnels, ils quittent leur famille et deviennent des membres inutiles de la société.

On voit, surtout chez les femmes, se produire à ce moment les signes d'une excitation sexuelle qui se manifeste de préférence à l'époque des règles. L'onanisme chez les deux sexes peut être alors une cause prédisposante des plus efficaces, ou l'un des symptômes les plus fréquents de l'état morbide.

Il existe en effet un rapport presque constant entre la folie religieuse et l'excitation sexuelle, à tel point qu'on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules cérébrales qui président aux deux phénomènes. C'est là, messieurs, le premier des grands caractères qui distinguent la folie religieuse des autres monomanies.

Souvent ces tendances érotiques se marient aux idées mystiques les plus exaltées. Plus d'une religieuse a choisi Jésus pour son amant, et le rôle de ce divin personnage n'est point toujours aussi purement immatériel qu'on pourrait le croire.

Je vous engage à relire l'observation si remarquable que mon maître, M. Moreau (de Tours), a rapportée dans un ouvrage célèbre (1).

Chez une vieille aliénée dont les confessions manuscrites ont passé sous mes yeux, l'amant préféré était l'apôtre saint Paul; je ne sais pourquoi ce grand défenseur de la chasteté avait été choisi dans cette circonstance; il n'en est pas moins vrai qu'il jouait auprès de cette mystique un rôle assez compromettant.

On comprend aisément, en tenant compte de ces habitudes d'esprit, pourquoi les folles religieuses se croient si souvent enceintes du Messie et prêtes à donner un sauveur au monde.

Mais j'empiète sur le domaine de la période d'état de la folie religieuse. Retenons seulement que l'un des premiers caractères de la folie religieuse est le mariage intime et constant des idées mystiques avec les idées érotiques.

La marche de la folie religieuse peut être divisée en trois périodes : la période du développement, la période d'état, la période de déclin.

Souvent la folie éclate brusquement sans cause connue; mais, dans la plupart des cas, il existe une longue période de préparation dont je viens de vous tracer l'histoire.

L'explosion du délire se produit quelquefois à la suite d'excès sexuels ou d'abus solitaires. Mais elle résulte plus volontiers d'un *traumatisme moral*, d'une émotion pénible, d'un amour contrarié; d'autres fois, elle succède à une maladie plus ou moins grave ou bien à une série de veilles et d'abstinences prolongées qn'on peut regarder comme l'équivalent d'une maladie. Tels sont les effets, les consé-

(1) *La psychologie morbide*, p. 269.

quences de l'ascétisme. Les mystiques qui désirent se procurer des visions et qui se livrent à des macérations sans fin et sans nombre finissent presque toujours par atteindre le but.

Enfin, une cause très fréquente de délire religieux, ce sont les missions, ce sont les sermons véhéments, ce sont les prédications qui peignent en vives couleurs les calamités de l'Eglise. Nous avons vu, il y a deux ans, à la clinique, une jeune fille de mœurs très pures qui s'imaginait qu'elle était devenue la maîtresse du diable depuis que son intelligence avait été profondément remuée par des sermons qu'elle avait entendus.

Dans le nord de l'Irlande, en pays protestant, une épidémie de délire mystique se manifesta, il y a quelques années, à la suite de prédications destinées à amener un réveil religieux ; et comme les jeunes filles et les enfants, qui fournissaient à l'épidémie le plus grand nombre de victimes, présentaient en même temps des phénomènes névropathiques divers, le peuple, qui n'y entend pas malice, donnait à cette maladie le nom de religion hystérique (*hysterical religion*).

Nous rencontrons ici le deuxième caractère fondamental de la maladie ; elle est essentiellement épidémique et contagieuse, et l'histoire a conservé le souvenir des principales épidémies de ce genre qui se sont produites à des époques diverses.

Mais, comme toutes les autres variétés du délire, la folie religieuse peut offrir deux formes principales : la forme expansive et la forme dépressive. A la théomanie correspond la démonomanie.

Sans doute, le diable joue toujours un grand rôle dans les préoccupations des saints. Ils se trouvent constamment

en lutte avec lui ; ce n'est, il est vrai, que pour le vaincre et pour le chasser. Mais le rôle de Satan est tout autre quand il est le maître et qu'il tyrannise ses victimes. Au délire qui prend cette forme, on donne le nom de démonomanie. Nous étudierons tout à l'heure cette autre variété de folie.

Dans la forme expansive, au contraire, la foi triomphe ; mais sa victoire s'allie presque invariablement à des idées ambitieuses qui touchent, par certains côtés, au délire des grandeurs. Les femmes s'attribuent le rôle de mère de Dieu, les hommes sont prophètes, réformateurs, messies, et le malade que je vous ai présenté se contente du titre plus modeste de *chancelier divin.*

C'est là, messieurs, le troisième caractère essentiel de la folie religieuse : les idées ambitieuses.

Mais la période d'état de la théomanie est le règne de l'hallucination. Entouré de visions célestes, le malade voit le ciel entr'ouvert, la divine lumière l'enveloppe de ses rayons, et des créatures angéliques s'empressent autour de lui, quand il n'est pas assailli par des esprits infernaux.

Les hallucinations tactiles et surtout sexuelles occupent également une place importante parmi les symptômes de la maladie. Enfin, les hallucinations de l'ouïe venues plus tard complètent le délire en lui donnant un caractère de précision. Ce sont des révélations, ce sont des prophéties, ce sont des missions, ce sont enfin des ordres divins pareils à ceux que notre malade entend par l'oreille gauche.

Telle est l'origine du danger que présentent ces sujets. Ils ne se contentent pas toujours du rôle de prédicateurs et croient souvent devoir passer à l'action.

Parmi les violences que peut exercer l'aliéné religieux,

les plus fréquentes sont celles qu'il exerce sur lui-même. Rien de plus habituel que les mutilations chez les adeptes de la théomanie.

On connaît l'histoire de ce paysan fanatisé qui, après avoir entendu prêcher des missions en Bretagne, quitta sa famille et ses affaires pour mener une vie errante dans la campagne. Un soir, il entre dans une maison où une assemblée nombreuse était réunie ; il raconte avec une éloquence primitive les souffrances qu'il endure volontairement dans sa nouvelle existence, pour l'amour de Dieu ; il arrache des larmes à l'assistance, puis tout à coup il s'écrie : « Jésus-Christ m'est apparu et m'a dit : Comme j'ai donné mon corps tout entier pour ton salut, je t'ordonne de me sacrifier ta main gauche ! Et je l'ai fait, ajoute-t-il. » A ces mots, il dégage de son manteau son bras gauche entouré de linges sanglants ; puis, arrachant les lambeaux de ce pansement, il montre aux assistants, effrayés et surpris, un moignon sanglant ; il venait, en effet, de s'abattre la main gauche, et sans les secours empressés qu'il reçut, il serait mort probablement par hémorrhagie.

Parmi les mutilations que s'infligent volontairement ces aliénés, l'une des plus fréquentes est la castration. L'un des plus zélés défenseurs du christianisme primitif, Origène, nous en a donné l'exemple ; et l'on sait qu'il existe en Russie une secte assez nombreuse, les *skoptzi,* pour lesquels l'extirpation, complète ou non, des parties génitales est un acte de foi.

Il est une autre torture que les malades se plaisent souvent à s'infliger, c'est la crucifixion ; et sous ce rapport ils jouent tantôt un rôle actif, tantôt un rôle passif. Plus d'un aliéné a cloué ses propres enfants sur la croix. Plus d'un aliéné s'est crucifié lui-même et, avec une ingéniosité per-

verse, après s'être servi de la main droite pour s'enfoncer des clous aux deux pieds et à la main gauche, il a trouvé le moyen de se transpercer la main droite, restée seule libre.

Mais ce sont là des manifestations destinées, le plus souvent, à éveiller l'attention d'un public indifférent. Il n'en est pas de même du suicide, l'une des conséquences les plus fréquentes de la théomanie, ni de l'assassinat, auquel ces malades sont souvent poussés par une voix mystérieuse.

Un paysan allemand croit devoir renouveler le sacrifice d'Abraham sur la personne de son fils unique, âgé de quatorze ans; chose étrange, l'enfant y consent, et il est égorgé par son propre père.

On connaît aussi l'histoire de cette dame qui, réveillée au milieu de la nuit par une apparition céleste, vit un ange qui lui ordonnait d'envoyer au ciel sa petite fille âgée de dix-huit mois. Elle se leva, et après avoir couronné son enfant de roses blanches, elle prit un couteau et lui ouvrit le cou.

L'un des faits les plus connus de cette tendance homicide est celui que rapporte Esquirol. Un malade, enfermé depuis de longues années, croyait avoir le don de reconnaître ceux qui étaient en état de grâce. Il éprouvait aussitôt le désir de les égorger pour les envoyer droit en paradis. Il leur disait alors sur le ton de la plus parfaite bienveillance : *Approchez, que je vous tue.* Un malheureux infirmier qui passait un jour à sa portée, fut assommé avec un pot à tisane en étain ; il eut une fracture du crâne et mourut quelques heures plus tard.

Enfin, pour compléter la série de leurs délits, les aliénés religieux sont souvent poussés à mettre le feu.

On le voit donc, les malades de cette catégorie peuvent

toujours être dangereux, surtout quand ils ont des hallucinations; il est donc utile de les enfermer; il n'en est pas moins vrai que plusieurs d'entre eux restent parfaitement inoffensifs jusqu'à la fin de leur vie; mais on a toujours raison de s'en défier.

Au milieu de cette carrière triomphale, semée de visions célestes, et pendant laquelle les illuminés ne voient chez tous ceux qui contestent leur mission divine que des suppôts du diable et des serviteurs de l'enfer, il leur arrive plus d'une fois, et c'est là un caractère important de la malade, d'éprouver des accès violents de doute et de désespoir. Dieu les abandonne, Dieu ne les a jamais appelés. Le démon les assiège; ils ont un sentiment profond de leur propre indignité et se croient incapables d'accomplir la mission providentielle dont ils sont chargés. Ils redoublent alors de ferveur, de prières et de macérations, et bientôt les effets de ce régime se font sentir. Plus d'un mystique, privé momentanément de ses visions célestes, a fait renaître ses hallucinations en se livrant au jeûne, à l'abstinence et à l'exaltation. La folie reprend alors son cours ordinaire.

La durée de la période d'état dont nous venons de parler peut être extrêmement longue. Elle couvre souvent une surface de plusieurs années. Mais, placés dans des asiles ou entourés de conditions favorables, ces malades, après un certain laps de temps, tendent à se calmer. L'insomnie disparaît, la santé s'améliore, l'esprit se repose et bientôt ils arrivent à une sorte de résignation paresseuse qui constitue la troisième période de la maladie. A ce moment, ils subissent, disent-ils, un temps d'épreuve, mais leur martyre portera ses fruits, l'heure marquée viendra et ils sortiront triomphants de la captivité où ils étaient retenus. En attendant, ils vivent souvent en bonne intelli-

gence avec leurs camarades et leurs gardiens et se rendent utiles dans l'intérieur de la maison. Néanmoins ils sont toujours dangereux et l'on doit les surveiller de très près.

Mais peu à peu les hallucinations s'évanouissent, le délire devient moins actif, les facultés intellectuelles s'émoussent et le malade verse peu à peu et par une pente douce dans la demi-démence; les idées fixes persistent, au moins à l'état de vestige, pendant fort longtemps, mais l'usure cérébrale a produit ses effets et l'activité du délire s'est complètement engourdie.

Le pronostic de la théomanie est extrêmement grave : les guérisons sont rares, mais on voit assez souvent des rémissions temporaires. C'est ce qui explique pourquoi tant d'hérétiques, après avoir reconnu leurs erreurs, sont retombés de nouveau dans les mêmes idées et ont été livrés par l'Eglise, comme relaps, au bras séculier. C'étaient le plus souvent des malades qui, après avoir déliré plus ou moins longtemps, étaient revenus provisoirement à la raison et avaient éprouvé plus tard une rechute dont ils avaient été punis avec toute la rigueur des lois.

Il nous reste maintenant à parler de la forme dépressive de la folie religieuse, qui est le plus généralement connue sous le nom de *démonomanie*.

Nous nous sommes occupé jusqu'ici de la folie religieuse dans sa forme la plus brillante, la plus pittoresque et la plus communicative : c'est la forme ambitieuse, glorieuse et mystique.

Il nous faut maintenant étudier la question sous sa face opposée. Après le ciel, l'enfer; après l'exaltation, le désespoir; après ces visions radieuses qui transportent l'halluciné dans le septième ciel, les apparitions monstrueuses, les tor-

tures anticipées, les tourments d'un enfer qui, pour être imaginaire, n'en est pas moins très réel ; car, comme le dit si bien le grand poète anglais, « l'esprit est sa propre demeure ; il peut se créer un enfer au milieu du ciel et un ciel au milieu de l'enfer. »

Au point de vue historique, l'importance de la forme dépressive est de beaucoup inférieure à celle de la forme expansive. Ce sont les théomanes qui ont fondé des religions nouvelles, qui ont sauvé des royaumes, renversé des empires et bouleversé en un mot la face du monde.

Le délire des fous qui, au lieu d'être en communication avec les puissances célestes, sont en rapport avec les esprits infernaux, est beaucoup moins fertile en conséquences générales, mais il est au moins aussi riche en catastrophes individuelles et locales, et c'est presque exclusivement à son histoire, si dramatique et si attrayante, qu'est consacré le livre si justement célèbre de M. Calmeil.

La folie religieuse à forme dépressive comprend trois catégories ; ce sont :

Les damnés,

Les sorciers,

Les possédés.

Messieurs, il existe une forme simple de lypémanie sans hallucinations, dans laquelle le fond même du délire est la crainte de la perdition éternelle. Le sujet se croit damné ; rien ne peut le sauver, et tout l'ensemble de son état moral relève de cette conviction profonde, immuable, irrésistible.

Le point de départ de ce délire est souvent frivole en apparence ; c'est une parole entendue par hasard ; ce sont des lectures édifiantes qui tendent à provoquer des ter-

reurs mystiques et qui peuvent conduire les esprits faibles à l'aliénation mentale ; ce sont des sermons prêchés avec véhémence ; ce sont des remords, conséquence de péchés, tantôt imaginaires, tantôt réels. Enfin ce sont des hallucinations et surtout des hallucinations de l'ouïe. Le malade entend des voix qui lui répètent qu'il est damné, et il accepte sans discuter cette condamnation.

Mais, pour avoir des hallucinations, il faut être déjà malade, et si tous les sujets qui se croient en état de perdition ne sont point hallucinés, ils sont du moins prédisposés sans aucune exception à la folie ; voilà pourquoi sans doute des causes souvent frivoles peuvent les précipiter dans le délire.

Il est à remarquer que l'idée de la perdition sans autre complication et sans trouble sensoriel est incontestablement plus fréquente chez les protestants que chez les catholiques. Et d'abord la doctrine de la prédestination, interprétée dans toute sa rigueur, est faite, selon les théologiens, pour tranquilliser l'esprit ; mais c'est à la condition de l'interpréter dans un sens favorable. Lorsque, au contraire, on vient à l'interpréter en sens inverse, ce qui est arrivé à plus d'un mystique, il en résulte une idée fixe qui conduit presque infailliblement à l'aliénation mentale. Je ne prétends point d'ailleurs qu'il s'agisse ici d'un rapport de cause à effet. Il faut sans doute avoir l'esprit déjà malade pour s'abandonner à des terreurs de cette espèce ; mais enfin, pour les prédisposés, la pierre d'achoppement est toujours là. Il faut y joindre une crainte qui, surtout aux époques de ferveur religieuse, a poursuivi bon nombre de protestants, la crainte d'avoir commis le péché irrémissible. Le célèbre John Bunyan en a été un exemple frappant ; dans son autobiographie, cet esprit naïf et fervent, type du protestantisme

exalté dans les classes inférieures, raconte comment il se croyait perdu pour avoir écouté le son des cloches, pour avoir joué aux quilles et commis d'autres péchés du même genre. On peut cependant trouver des exemples de démonomanie chez les catholiques, et j'ai eu l'occasion de vous en montrer un exemple frappant ; c'est celui de ce petit sacristain qui, pour avoir communié, disait-il, en état de péché mortel, avait perdu son cœur, et se trouvait damné, parce que, ayant perdu son cœur, il ne pouvait plus se repentir.

Sous l'influence de ces sentiments, on voit les sujets pratiquer sur eux-mêmes des mutilations étendues, et surtout des mutilations des organes génitaux. D'autres, sous l'influence de la même préoccupation, commettent des meurtres ou des attentats ; tel est cet homme cité par Pinel, qui, au sortir d'un sermon, se croyant damné, rentra chez lui et tua ses enfants, pour leur épargner le même sort. Souvent aussi cette forme de délire conduit au refus de nourriture. « Je suis indigne de manger, » dit le malade, et il refuse toute espèce d'aliment.

Enfin, il est deux idées qui correspondent fréquemment à l'idée de la damnation : ce sont la croyance à l'immortalité personnelle et l'impulsion au suicide. Dans le célèbre mémoire d'Esquirol, toutes les malades dont il est question prétendent qu'elles ne mourront jamais, qu'elles sont destinées à rester éternellement sur la terre ; et, dans un travail récent, M. Cotard a de nouveau appelé l'attention sur ce sujet.

Un fait non moins avéré, c'est l'impulsion au suicide qui persécute la plupart des aliénés qui se croient éternellement perdus. C'est là une contradiction apparente, qui s'explique cependant assez logiquement par le désir

d'en finir avec les incertitudes d'une situation intolérable.

Nous l'avons dit au début, les lypémaniaques qui se croient damnés sont, dans bon nombre de cas, exempts d'hallucinations; quand celles-ci se produisent, elles servent en quelque sorte de transition entre la forme simple que nous venons de décrire et la forme plus compliquée qui constitue la *possession*.

C'est ici qu'apparaît l'un des phénomènes les plus curieux et les plus caractéristiques de l'aliénation mentale: le dédoublement de la personnalité, qui existe sans doute dans une certaine mesure chez tous les hallucinés, mais qui acquiert son expression la plus complète chez les possédés. C'est cet état psychologique qui vient donner un corps à leur délire et transformer en réalités palpables et sensibles les idées lugubres qui flottent dans leur esprit. C'est alors que le sujet se croit habité par un esprit immonde, dont il sent nettement la présence, et dont les pensées, les impulsions et les actes viennent se mêler et se confondre avec les productions spontanées de son propre esprit (1).

Il nous reste à parler des sorciers, qui, charlatans ou aliénés, ont joué un rôle immense au moyen âge et ne sont point encore absolument discrédités aujourd'hui.

S'il s'agissait seulement de ces imposteurs qui, au milieu d'une population ignorante et grossière, se prétendent armés d'un pouvoir surnaturel, la science n'aurait vraiment pas à s'occuper d'un pareil sujet; mais il est absolument incontestable que, même de nos jours, il est des hallucinés qui croient positivement être entrés en rapport avec le

(1) Nous avons longuement insisté sur ce phénomène dans nos leçons sur les hallucinations. C'est ce qui nous dispense d'y revenir aujourd'hui.

diable et avoir assisté à ces réunions fantastiques où les sorciers s'assemblent pour se livrer aux pratiques d'un culte à rebours.

On peut se demander, en présence des récits plus ou moins concordants des accusés dans les procès du moyen âge, s'il n'a point existé, à une certaine époque, des réunions affectées à des cérémonies monstrueuses. Les rapports de l'Europe occidentale avec l'Orient musulman, où l'on trouve encore aujourd'hui des adorateurs du diable (les Yézidis) et des religions étranges, comme celle des Druses, ont pu introduire parmi nous des sectes dont les réunions ont bientôt dégénéré en festins tumultueux. Quoi qu'il en soit, au dire des sorciers, le sabbat était une sorte de foire publique, tenue dans des lieux écartés. On s'y livrait à des tours de force grotesques qui ne dépassaient point peut-être les capacités de nos prestidigitateurs modernes. On y rendait un hommage obscène au diable, qui se montrait tantôt sous une forme humaine, tantôt sous la figure d'un animal. On s'y livrait à des repas fantastiques où la chair humaine jouait un grand rôle ; on y mangeait des jambes de sorciers et d'autres mets analogues. Enfin on y faisait l'amour en public ; non seulement les sorciers et les sorcières se livraient les uns aux autres, mais l'honneur suprême consistait à s'unir au diable en personne. Toutes les sorcières paraissaient extrêmement flattées quand elles pouvaient se vanter d'avoir été les maîtresses de Satan, et cependant toutes elles étaient d'accord pour déclarer que les approches de Lucifer étaient extrêmement douloureuses et que la semence du diable était froide, ce qui ne l'empêchait pas d'être féconde ; car la plus haute noblesse parmi les sorciers consistait à être le fils du diable et d'une sorcière.

Qu'il y ait eu ou non un fond de réalité dans ces récits, il est incontestable que l'aliénation mentale a joué un rôle immense chez les sorciers, dont plusieurs étaient sans doute dupes et charlatans à la fois. Aujourd'hui la sorcellerie ne se rencontre guère que chez des individus isolés. On a prétendu que ce genre de délire ne se rencontrait plus que chez les paysans ; c'est là une erreur, car j'ai eu souvent l'occasion d'en rencontrer des exemples chez des habitants de Paris et même chez des gens assez cultivés. J'ai vu, il y a quelques années, un homme fort intelligent et d'un esprit cultivé ; il s'était adonné à des invocations surnaturelles après avoir lu certains ouvrages de spiritisme, et il avait fini par évoquer un mauvais esprit; mais, semblable à ces enchanteurs maladroits qui, faute de connaître les formules sacramentelles, après avoir fait paraître le diable, ne pouvaient plus se débarrasser de lui, il était resté en tête-à-tête avec son persécuteur et se croyait lié par un pacte irrévocable, qui le rendait esclave du démon auquel il avait voulu commander.

Messieurs, si nous établissons un parallèle entre la forme dépressive et la forme expansive de la folie religieuse, nous verrons qu'il existe entre elles de nombreuses ressemblances. L'une et l'autre se correspondent par la multiplicité des hallucinations, par la tendance au développement épidémique, par la prédominance même exagérée des troubles hystériques et convulsifs, enfin par l'excitation sexuelle. Cependant la démonomanie diffère de la théomanie par sa plus grande curabilité. C'est surtout dans les cas de folie épidémique que l'on parvient à guérir les malades en les disséminant et en les arrachant du milieu où leurs idées ont pris naissance. Toutefois, il existe des cas de guérison chez des malades isolés et surtout chez les possédés. La lypéma-

nie simple, sans hallucinations, qui se manifeste uniquement par la crainte de la damnation, est beaucoup plus opiniâtre et plus difficile à guérir.

Quand la maladie persiste pendant un long espace de temps, elle se termine presque toujours par la démence, comme dans la forme précédente.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

LA FOLIE DU DOUTE.

SOMMAIRE. — La folie du doute est particulière aux individus d'un esprit cultivé. — Synonymie. — Inquiétude intellectuelle. — Impulsions intellectuelles. — Histoire d'un malade. — Travaux antérieurs. — Description de la maladie. — Mode de début. — Formes diverses. — Métaphysiciens. — Réalistes. — Scrupuleux. — Timorés. — Compteurs. — Délire du toucher. — Délire avec conscience. — Absence d'hallucinations. — Besoin perpétuel de soulager les doutes par l'affirmation d'une autre personne. — Fait de M. Baillarger. — Pronostic. — Causes. — Traitement.

MESSIEURS,

Je me propose aujourd'hui d'attirer votre attention sur une forme extrêmement curieuse d'aliénation mentale, qui ne se voit presque jamais dans la population de nos asiles et qu'on ne trouve guère que chez les sujets dont l'esprit a reçu un certain degré de culture. Aussi rencontre-t-on cette forme de délire bien plus souvent dans la clientèle privée que dans les établissements publics ou les maisons de santé; car, comme vous le comprendrez tout à l'heure, les sujets de cette espèce appartiennent presque toujours à la catégorie des aliénés en liberté.

Il s'agit de cette singulière perturbation de l'esprit qu'on a successivement décrite sous les noms de maladie du doute (Falret père), d'aliénation partielle avec crainte du contact

des objets extérieurs (Falret fils), de Grübelsucht (Oscar Berger) ou manie de fouiller, enfin de folie du doute avec délire du toucher (Legrand du Saulle).

En laissant de côté l'élément tactile dont nous discuteront bientôt la valeur, on pourrait mieux peut-être désigner cet état mental, toujours accompagné de conscience, par le nom de délire métaphysique qu'on lui a souvent donné.

Mais, en réalité, il s'agit d'une condition morbide très variable dans ses manifestations, et qui mérite selon les cas toutes les dénominations qui lui ont été successivement imposées.

Tel malade, en effet, doute de tout, même de son existence, et ne peut s'arrêter à aucune conviction formelle; tel autre manifeste à côté de cet état psychologique une crainte très réelle du contact des objets extérieurs; tel autre enfin éprouve un besoin perpétuel de fendre des cheveux en quatre et d'épuiser, à propos de sujets plus ou moins frivoles et rebattus, toutes les subtilités de l'ancienne scolastique. Le jeune homme que je compte vous présenter semble poursuivi par le doute philosophique de Descartes et pourrait être rapproché de ces bouddhistes de l'extrême Orient dont la maxime fondamentale est : *tout est vide.*

Mais il est un trait caractéristique qui réunit tous ces états en apparence si divers : c'est l'inquiétude intellectuelle, qu'on peut comparer à la lypémanie anxieuse, qui représente une inquiétude affective.

« Le fond véritable de cette maladie mentale, dit M. J. Falret (1), est une disposition générale de l'intelligence à revenir sans cesse sur les mêmes idées ou les mêmes actes, à éprouver le besoin continuel de répéter les mêmes mots

(1) *De la folie morale*, 1866, p. 41.

ou d'accomplir les mêmes actions, sans arriver jamais à se satisfaire ou à se convaincre même par l'évidence. »

J'ai décrit certains phénomènes de cet ordre sous le nom d'impulsions intellectuelles (1). En voici un exemple curieux. Un jeune collégien, jusqu'alors très régulier dans ses habitudes, assiste un jour à une réunion où il entend plaisanter certain de ses amis sur l'influence fatale attribuée au nombre 13. Aussitôt une pensée absurde lui traverse l'esprit : c'est que, si 13 est un nombre funeste, il serait déplorable que Dieu fût 13, que l'espace fût 13, que l'infini fût 13, l'éternité 13 ; et pour éviter ce malheur, il formule à chaque instant dans son esprit une oraison jaculatoire ainsi conçue : Dieu 13 ! ou bien : l'infini 13 ! l'éternité 13 ! Et cependant, il se rend parfaitement compte, comme il me l'écrivait lui-même, qu'il est absurde de se figurer Dieu 13 pour un instant, afin d'éviter qu'il le soit toujours. Mais, poursuivi par cette obsession sans cesse renaissante, il répète à chaque minute son oraison mentale et finit par ne plus pouvoir continuer ses études ni se livrer à aucune occupation sérieuse.

Abordons maintenant l'histoire du malade qui doit faire l'objet de cette conférence. Il nous présente un exemple de ce délire sous la forme la plus pure, la plus élevée, la plus métaphysique et la mieux dégagée de tout élément étranger.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, d'une figure agréable et intelligente et d'un beau développement physique. Il est le cinquième enfant de son père, qui vit encore et ne présente d'autre infirmité qu'un léger tremblement. Il n'existe aucun vice héréditaire dans la famille, mais le malade a eu des convulsions dans son enfance. La

(1) *L'Encéphale*, t. I, 1881, p. 21.

dernière s'est montrée à l'âge de huit ans. Depuis cette époque, il n'a jamais eu d'autre maladie. Et ce qui prouve qu'il s'est normalement développé, c'est qu'il est aujourd'hui le soutien de sa famille. Il est employé dans une banque, où ses services sont fort appréciés. Il gagne trois cents francs par mois.

Cet homme est fort intelligent, mais il n'a reçu qu'une éducation rudimentaire : il a été élevé à l'école communale, dont il est sorti à quinze ans pour entrer dans le commerce. Il n'a jamais lu Descartes ni les autres philosophes, et s'il touche involontairement aux questions les plus élevées, on peut dire qu'il fait de la métaphysique sans le savoir.

Cet homme, nous l'avons dit, était employé dans une banque, il travaillait fort bien et très régulièrement, lorsque tout à coup, par une matinée du mois de juin 1874, vers dix heures et demie, étant à son bureau, il vit se produire un changement brusque, étrange, dans l'apparence des objets, qui ne lui paraissaient plus les mêmes. Il ne leur trouvait plus de relief, c'est-à-dire point de réalité.

Je ne saurais mieux faire que de vous communiquer ses impressions rédigées par lui-même.

Au mois de juin 1874, écrit-il, j'éprouvai à peu près subitement, sans aucune douleur ni étourdissement, un changement dans la façon de voir. Tout me parut drôle, étrange, bien que gardant les mêmes formes et les mêmes couleurs. Pensant à tort que cette sensation désagréable disparaîtrait comme elle était venue, je ne m'en inquiétai pas davantage, lorsqu'il me vint un polype dans la narine gauche ; j'allai donc trouver un médecin, et sans aucunement lui parler de ce nouvel état dans lequel j'étais, je lui

montrai le polype, qu'il enleva ; je pensais que ce polype était la cause de cette façon bizarre de voir, et je croyais que, celui-ci parti, je reviendrais à mon état normal ; mais il n'en fut rien.

Je ne fis donc rien, ou à peu près, lorsque, en 1880, en décembre, plus de cinq ans après, je me sentis diminuer, disparaître. Il ne restait plus de moi-même que le corps vide.

Depuis cette époque, ma personnalité est disparue *d'une façon complète*, et malgré tout ce que je fais pour reprendre ce moi-même échappé, je ne le puis.

Tout est devenu de plus en plus étrange autour de moi, et maintenant, non seulement je ne sais ce que je suis, mais je ne puis me rendre compte de ce qu'on appelle l'existence, la réalité.

Qu'est-ce que quelque chose qui arrive? Est-ce que tout ce qui est autour de moi existe réellement? Que suis-je? Que sont toutes ces choses faites comme moi? Pourquoi moi? Qui, moi?

J'existe, mais en dehors de la vie réelle, et malgré moi; rien ne m'a cependant donné la mort.

Pourquoi y a-t-il toutes ces choses autour de moi qui font tout de la même façon? Ces choses doivent jouir de la vie et se trouvent bien comme elles sont faites. Que sont-elles, ces choses?

Bien que dans cet état atroce, il faut que j'agisse comme avant et sans savoir pourquoi. Quelque chose qui ne paraît pas résider dans le corps, me pousse à continuer comme avant, et je ne peux pas me rendre compte que cela est vrai, que j'agis réellement. Tout est mécanique chez moi et fait inconsciemment.

Devant une sensation physique, voici ce que j'éprouve.

Le corps, qui n'a aucune signification pour moi, se trouve vide ; serrement aux tempes et gêne entre les yeux, en haut du nez, tiraillement du nez jusqu'au haut du front. Les oreilles entendent bien, mais paraissent bouchées. La narine gauche souvent obstruée, puis libre, puis obstruée de nouveau.

A côté de cette bizarre sensation, je dois faire remarquer que, quand on me parle, je réponds tout de suite et il se trouve que je réponds juste.

Mon travail se fait bien jusqu'à aujourd'hui et sans aucune erreur, et cependant j'ai beau me dire continuellement : « Je suis au travail, je fais ceci, je fais cela, » je ne puis pas me rendre compte que cela est vrai.

Je crois pouvoir me résumer en disant : personnalité complètement disparue ; il me semble que je suis mort il y a deux ans et que la chose qui existe ne se rappelle rien qui ait un rapport avec l'ancien moi-même. La façon dont je vois les choses ne me rend pas compte de ce qu'elles sont ou qu'elles existent, d'où le doute, etc.

Par suite de cet état mental atroce, j'en suis venu à me demander si je ne deviendrai pas fou, ou si je ne ferais pas mieux de me délivrer moi-même d'une maladie qui dure depuis si longtemps et qui jusqu'à ce jour n'a pu seulement être modifiée. Sans pouvoir jouir aucunement de la vie, puisque je ne la comprends pas, je suis obligé de subir tout ce que peuvent subir les autres qui, eux, sont dans leur état normal.

Le fait dominant dans l'état psychologique de cet homme, c'est la perte absolue du sentiment de la réalité. Il se compare à un sac de papier vide. Il n'existe plus rien au dedans de lui. Il ne reste qu'une enveloppe qui conserve

une sorte d'apparence extérieure, mais qui au fond est absolument vide.

Il s'appelle une *chose;* les autres hommes sont des « choses » faites comme lui ; mais il ne croit pas à leur existence réelle. Il ne croit pas à ce qu'il voit, et lorsqu'il avance la main pour toucher un objet, il est convaincu d'avance qu'il ne trouvera qu'un fantôme qui s'évapore. Cependant, il touche bien réellement l'objet, mais la sensation tactile jointe à l'impression visuelle ne suffit pas pour vaincre son incrédulité : le monde, à ses yeux, n'est qu'une gigantesque hallucination. Il continue cependant à exercer les diverses fonctions de la vie. Il mange, mais c'est une ombre de nourriture qui pénètre dans une ombre d'estomac ; son pouls n'est qu'une ombre de pouls. Il a une conscience parfaite de l'absurdité de ses idées, mais il ne saurait en triompher. Au milieu de ce trouble profond de l'intelligence, les fonctions physiques sont restées parfaitement normales. Il ne se plaint que d'un léger serrement aux tempes et vers la racine du nez. Profondément attristé par son état moral, il craint de devenir fou ; il en convient lui-même, et il est venu solliciter, de son propre accord, son placement dans un asile d'aliénés.

Messieurs, les faits de ce genre sont connus depuis longtemps. Peut-être en trouverait-on des exemples dans la haute antiquité, mais la première observation authentique de ce genre appartient à Esquirol (1). Il s'agit d'une jeune fille élevée dans le commerce et qui, par un excès de scrupule, craignait de faire tort aux autres. Lorsqu'elle faisait un compte, elle appréhendait de se tromper au préjudice d'autrui. Un jour, à l'âge de dix-huit ans, en sortant de

(1) Esquirol, *Maladies mentales,* t. I, p. 361.

chez une tante qu'elle fréquentait habituellement, elle est saisie de l'inquiétude qu'elle pourrait, sans le vouloir, emporter dans les poches de son tablier quelque objet appartenant à sa tante. Plus tard, elle met beaucoup de temps pour assurer ses comptes et ses factures, appréhendant de commettre quelque erreur, de faire tort aux acheteurs. Plus tard encore elle craint, en touchant à la monnaie, de retenir dans ses doigts quelque chose de valeur. En vain lui objecte-t-on qu'elle ne peut retenir une pièce de monnaie sans s'en apercevoir, que le contact de ses doigts ne saurait altérer la valeur de l'argent qu'elle touche. Cela est vrai, répond-elle, mon inquiétude est absurde et ridicule, mais je ne puis m'en défendre. Il fallut quitter le commerce. Peu à peu ses appréhensions augmentèrent au point de tyranniser sa vie tout entière. Il faut lire dans Esquirol la description de cet état singulier, qui, sans exclure la raison, l'intelligence et même la gaieté soumettait, la malade aux pratiques les plus absurdes, et dont elle reconnaissait elle-même le côté ridicule.

Depuis cette époque, la question a été étudiée et retournée dans tous les sens par Parchappe, Trélat, Baillarger, Delasiauve, Morel et Marcé. M. Legrand du Saulle, capitalisant en quelque sorte les travaux de ses devanciers, a publié, en 1875, une monographie sur cette affection sous le nom, assez impropre d'ailleurs, de folie du doute avec délire du toucher. Enfin, mon excellent ami et collaborateur M. Ritti a publié une étude intéressante sur cette question dans la *Gazette hebdomadaire* et un article complet dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

En Allemagne, Griesinger avait rédigé sur cette question un travail qui ne fut publié qu'après sa mort, et dans lequel, après avoir rapporté quelques observations inédites, il rap-

prochait ces faits de la *maladie du doute* de Falret. Mais ce n'est pas sans étonnement que nous voyons le docteur Oscar Berger publier sous le nom de *Grübelsucht* une description complète de cet état pyschologique dont il s'attribue hardiment la découverte, en affirmant qu'il n'existe à cet égard dans la science que les trois observations de Griesinger. C'est pousser un peu trop loin le mépris habituel des Allemands pour les travaux des observateurs français ; et l'on ne sait ce que l'on doit le plus admirer, de la légèreté de cet auteur ou de sa profonde ignorance à l'égard de tout ce qui dépasse les frontières de son pays.

Passons à la description de la folie du doute. Le début de la maladie est quelquefois obscur, mais il est rarement brusque comme dans le cas présent. Pour l'ordinaire, le malade, comme dans l'observation d'Esquirol, manifeste des scrupules bizarres ; il se fait remarquer par ses excentricités, il devient incapable de tout travail ; il craint de se compromettre, il lit et relit sans cesse ce qu'il vient d'écrire et prend des précautions infinies pour ne pas se tromper. Un médecin, atteint de la folie du doute, après avoir soigneusement examiné les malades qui venaient le consulter, leur remettait des ordonnances rédigées avec le plus grand soin ; mais à peine le client était-il sorti de son cabinet qu'il se précipitait pour lui arracher le papier des mains dans la crainte d'avoir commis quelque faute, d'avoir prescrit une dose toxique de quelque médicament ou d'avoir contrevenu, sous d'autres rapports, aux indications du traitement. Vous comprenez sans peine l'effet d'une pareille conduite dans l'exercice de notre profession, où souvent l'on est forcé de montrer une sécurité qu'on est loin d'éprouver soi-même.

Notre homme à cet égard est une exception à la règle. Il a toujours bien travaillé, et s'il lui arrivait quelquefois de

commettre des erreurs dans ses additions, il les corrigeait à mesure sans y attacher une importance excessive.

Mais lorsqu'une fois le malade est entré en plein dans son délire, quelle que soit l'absurdité de ses actes, ils sont moins délirants que les pensées qu'il roule sans cesse au fond de son esprit.

La folie du doute comporte une infinité de formes diverses ; il faut donc établir quelques catégories sans abuser des subdivisions.

Nous accordons la première place, par ordre de dignité, aux *métaphysiciens*. Ce sont eux qui se préoccupent sans cesse des grands problèmes qui sont restés insolubles pour la philosophie. Ils s'interrogent sans cesse sur Dieu, sur l'univers, sur la création du monde. Ils se demandent qui a créé le créateur. Ils recherchent l'origine du langage. Ils s'inquiètent de la fin des choses, de l'immortalité de l'âme, ou bien, portant leurs regards sur l'univers physique, ils cherchent à comprendre les phénomènes de la nature et les fluides qui les dirigent.

Notre malade appartient à cette catégorie d'individus. Pour lui, le grand objet de ses préoccupations, c'est le moi, la personnalité, l'existence réelle des objets dont il a la perception subjective. Il reproduit, sans le savoir, les idées et souvent les expressions des grands philosophes qui ont jeté la sonde dans ces abîmes; mais, moins heureux que Descartes, il ne peut pas arriver à dire : Je pense, donc je suis, et il faut convenir qu'il a raison, car c'est là, au fond, un bien mauvais syllogisme. C'est qu'en réalité, les axiomes ne se démontrent pas, et le premier de tous les axiomes, l'existence du moi, ne repose que sur nos convictions intimes et l'évidence appréciée par notre bon sens.

Mais, à côté des métaphysiciens, il faut placer ceux que

j'appellerai les *réalistes*. Ils s'occupent de questions plus ou moins triviales et qui ne comportent aucune élévation dans la pensée.

Le prince russe dont parle Griesinger se demandait pourquoi les hommes n'étaient pas aussi grands que des maisons. Un autre malade se demande pourquoi le poêle qui réchauffe sa chambre est appuyé contre le mur au lieu d'être au milieu de la pièce ; un troisième, pourquoi il n'existe qu'une lune au lieu de deux.

Une fois lancé dans cette voie, le malade s'attache avec une ténacité morbide aux sujets les plus insignifiants, qui tous deviennent pour lui le point de départ d'une torture intellectuelle.

Viennent ensuite les *scrupuleux*, dont la malade d'Esquirol offre le type achevé. Ces sujets s'adressent perpétuellement des reproches à tout propos; ils sont fatigants à force de précision dans leurs discours et craignent toujours de n'avoir pas dit l'exacte vérité.

Les *timorés* forment une quatrième classe. Ce sont ceux qui, craignant toujours de se compromettre, prennent à chaque instant des précautions exagérées et vivent dans une inquiétude perpétuelle. Une femme artiste, très intelligente, ne pouvait jamais sortir dans la rue sans craindre de voir tomber quelqu'un du haut d'une fenêtre à ses pieds. Elle se demandait quelles seraient les conséquences de cet accident et se voyait déjà arrêtée et conduite en prison sous l'inculpation d'homicide.

Une cinquième classe dont la manie est insupportable est celle des *compteurs*. Ce sont les sujets qui, partout où ils sont, se préoccupent du nombre des objets. Introduits dans le cabinet du médecin, au lieu de se préoccuper du but de la consultation, ils comptent le nombre de boutons qu'il

porte à son gilet et les volumes répandus sur la table. Le malade dont M. Legrand du Saulle a rapporté l'histoire disait naïvement : Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte.

Une manie analogue paraît avoir existé chez plusieurs hommes célèbres. Le docteur Johnson, dont l'influence a été si grande au siècle dernier sur la littérature anglaise, ne manquait jamais, en traversant les rues de Londres, de toucher les poteaux à mesure qu'il les passait ; et si par hasard il en oubliait un, il revenait sur ses pas pour le toucher. Napoléon présentait aussi la singulière manie de compter par couples les fenêtres des maisons quand il passait dans la rue.

Il est d'autres formes de cette vésanie qui échappent à toute classification. Je viens de voir un malade très intéressant qui m'a été adressé par un confrère de province, M. le docteur Cabadé, et qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, a été pris d'une folie du doute sous une forme assez singulière. Il offre un trouble particulier de la volonté. Veut-il entrer dans une maison, ou en sortir, il éprouve au seuil de la chambre une résistance invincible : il faut qu'on le pousse pour lui faire franchir l'obstacle. Souvent, sur la voie publique, il ne peut pas dépasser un arbre, un caillou. Enfin, comme chez les sujets atteints d'impulsions intellectuelles, il est poursuivi par certains mots, tels que *corbillard*, par exemple. Une fois ce mot entré dans son esprit, il le hante tout le jour.

Certains de ces malades, dit-on, sont affectés d'une crainte exagérée du contact des objets extérieurs. Le fait est vrai, il a été signalé par nombre d'observateurs ; mais la folie du doute peut exister sans cette complication, et notre malade en est la preuve. Il ne manifeste absolument aucune répu-

gnance à toucher les objets. D'ailleurs la crainte du contact peut exister à son tour sans folie du doute. Morel en rapporte quelques cas dans son travail sur les délires émotifs, et j'en ai cité moi-même un exemple remarquable (1).

Au reste, les mots *délire du toucher* s'appliquent aux hallucinations du tact, mais ne sauraient convenir à ce délire émotif qui coïncide souvent avec la folie du doute sans en faire nécessairement partie.

Quelques caractères additionnels viendront compléter le tableau.

La folie du doute est un délire avec conscience. Le malade se rend parfaitement compte de son état et vient réclamer lui-même les soins de la médecine. Le jeune homme que je vous ai présenté a été placé sur sa propre demande à l'asile Sainte-Anne, et si nous avons eu recours à l'intervention du père, c'est uniquement parce que la loi ne permet pas à un aliéné de demander lui-même son placement.

Un second caractère très important, c'est que les malades de cette espèce n'ont presque jamais d'hallucinations. S'ils en présentent, c'est par l'effet d'un autre genre de délire qui vient se juxtaposer au premier.

Un troisième caractère est le besoin perpétuel qu'éprouvent ces sujets de soulager leurs doutes par l'affirmation d'une autre personne.

Une dame, citée par M. Ritti, craint à chaque instant d'avoir dit ou fait quelque chose de répréhensible. Une personne qui lui inspire une grande confiance lui affirme qu'il n'en est rien, et aussitôt la malade reprend son calme.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1879, t. II, p. 378.

Une cliente de province vient me consulter, mais, entrée dans mon cabinet, elle exprime des doutes sur ma qualité de médecin. Sur ma réponse affirmative, elle me demande la permission d'aller s'informer auprès des personnes qui attendent dans le salon, si réellement j'exerce la profession médicale.

Souvent les malades de ce genre, après avoir sollicité des affirmations rassurantes, après avoir épuisé toutes les formules que l'imagination peut leur suggérer, ajoutent cette demande bien caractéristique : *Voulez-vous me l'écrire?*

L'un des cas les plus curieux de ce travers est rapporté par M. Baillarger. Un homme d'environ soixante ans avait depuis longtemps le désir morbide, lorsqu'il allait au théâtre, de connaître tout ce qui se rattachait aux actrices qu'il avait vues. Il aurait voulu connaître leur âge, leur adresse, leur position de famille, leur genre de vie, leurs habitudes et leur responsabilité. Tourmenté par cette idée fixe, il dut se priver du plaisir d'aller au spectacle; mais bientôt la même idée se manifesta à l'occasion de toutes les femmes qu'il rencontrait, à la condition qu'elles fussent *jolies*. Il fut obligé de se faire suivre par une personne dont la fonction consistait à le rassurer sur ce point. Chaque fois qu'il rencontrait une femme, il répétait l'éternelle question : *Est-elle jolie*? Il fallait répondre *non*, ce qui coupait court à l'interminable série de ses demandes. Un jour, il partit par le chemin de fer pour une destination éloignée. Il avait à peine entrevu la dame qui distribuait les billets et, pressé par l'imminence du départ, il négligea de demander si elle était jolie. Arrivé à sa destination, au milieu de la nuit, il demanda à la personne qui l'accompagnait si cette dame était jolie. Oubliant son rôle, son interlocuteur, ennuyé,

fatigué ou distrait, répondit qu'il ne l'avait pas regardée et qu'il n'en savait rien. Il n'en fallut pas davantage pour jeter le malade dans un tel état d'angoisse, qu'il fut obligé de repartir immédiatement pour Paris afin de s'assurer par lui-même de la vérité.

Si j'ai réussi, messieurs, à vous donner une idée générale de cette étrange disposition de l'esprit, vous conviendrez qu'au milieu de toutes les diversités qu'elle présente, elle est essentiellement caractérisée par une sorte de *prurit* cérébral que rien ne peut satisfaire, et que la reproduction des mêmes actes, des mêmes questions et des mêmes pensées tient à un phénomène organique qui ramène sans cesse les mêmes impressions. C'est ainsi que dans un rêve nous nous débattons péniblement dans une situation dont nous ne pouvons sortir, parce que la répétition incessante des mêmes impressions physiques reproduit la même série d'idées. Ce n'est qu'au réveil que nous sommes enfin délivrés de cette obsession.

La folie du doute guérit difficilement; mais on voit se produire assez souvent de longues périodes de rémission pendant lesquelles le sujest emble revenir à son état normal, se voit délivré des problèmes qui l'obsédaient, et ne craint plus le contact des objets extérieurs. Malheureusement il est rare que cette amélioration soit permanente. Le cerveau retombe dans ses anciennes habitudes et le délire recommence. Cependant les malades atteints de ce genre de folie à l'époque de la puberté ont de meilleures chances de guérison que les autres. L'évolution progressive de l'organisme peut les débarrasser de cet état psychologique.

D'un autre côté, si la folie du doute guérit difficilement, elle ne finit presque jamais par la démence. Arrivés à la

dernière étape de leur maladie, les sujets restent figés dans leur délire. Incapables de tout travail, tristes et moroses, ils s'éloignent de la société et vivent dans un état de séquestration volontaire.

Le pronostic est donc extrêmement grave, car dans la très grande majorité des cas l'avenir est définitivement perdu, malgré les rémissions plus ou moins prolongées, qui peuvent faire naître des espérances peu fondées.

Il est des malades chez qui ces rémissions ne se produisent jamais ; ce sont, dit-on, les héréditaires. La maladie suit son cours sans interruption et sans intervalles. Notre sujet est dans ce cas, et pourtant ce n'est pas un héréditaire. Chez lui, le doute subsiste depuis huit ans et son état n'a fait qu'empirer de jour en jour.

Les causes de la folie du doute sont assez nombreuses. En première ligne, il faut placer l'hérédité. Vient ensuite la puberté, qui imprime un cachet particulier aux psychoses qui surviennent sous son influence. On parle aussi des excès sexuels et de l'onanisme, qui n'ont certainement exercé aucune action chez notre malade. Les excès intellectuels, les préoccupations et les fatigues d'esprit paraissent également devoir être incriminés chez certains sujets.

On attribue une part d'influence au sexe. On prétend que les femmes sont plus sujettes à cette aberration que les hommes.

On a vu plus d'une fois la folie du doute se développer pendant la convalescence d'une maladie grave : la variole, la fièvre typhoïde, la diphthérie, le choléra. Elle survient aussi quelquefois dans l'état puerpéral. J'ai vu le rhumatisme articulaire devenir la source de ces accidents.

Enfin on attribue un certain rôle aux perturbations morales, aux émotions vives et aux frayeurs subites.

On ne peut invoquer aucune de ces causes chez notre sujet ; la maladie mentale dont il est atteint semble avoir germé spontanément sur le terrain de son intelligence. Il faut avouer que ce fait n'est pas exceptionnel et que souvent les origines de cette maladie nous échappent absolument.

Quant au traitement, ses indications sont assez bornées. On a conseillé les toniques et les ferrugineux, sans doute parce que l'anémie qui prédominait chez certains malades pouvait être incriminée au point de vue du délire. On recommande aussi les révulsifs et les drastiques, qui sembleraient s'appliquer au cas où l'on soupçonne, au contraire, un état congestif. Dans cette hypothèse, on pourrait aussi recommander quelques applications de sangsues, à la condition de n'user qu'avec la plus grande réserve de ce moyen thérapeutique.

Mais le premier rôle nous paraît appartenir ici au traitement moral. Il ne s'agit point, bien entendu, de raisonner avec le malade et de discuter les raisons de son délire ; mais il faut occuper son attention, distraire son esprit des idées fixes qui le tyrannisent, et lui prescrire une gymnastique intellectuelle sagement ordonnée. Enfin l'exercice physique peut incontestablement rendre des services, en détournant au profit du corps un peu de cette activité exagérée qui tourmente l'esprit.

Reste enfin l'isolement, la séquestration dans une maison de santé. Ce moyen ne s'applique évidemment pas à tous les malades, mais il peut être utile lorsque l'entourage, les préoccupations habituelles de la vie et les occupations auxquelles se livre le sujet, paraissent avoir participé dans une certaine mesure à l'explosion des troubles psychiques.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

DE LA FOLIE ÉPILEPTIQUE.

Sommaire. — Rapports de l'épilepsie et de l'aliénation mentale. — Etat mental des épileptiques non aliénés. — Irritabilité extrême ou douceur exagérée. — Mobilité d'humeur. — Affaiblissement de l'intelligence ou excitation intellectuelle. — Prodromes psychologiques de l'attaque. — Délire consécutif à l'accès. — Deux formes de délire épileptique. — Petit mal. — Prédominance des mauvais instincts. — Impulsions irrésistibles. — Grand mal intellectuel ou fureur épileptique. — Invasion brusque. — Ressemblance absolue de tous les accès chez le même individu. — Violence extrême de l'accès. — Conservation d'une certaine logique dans les idées. — Durée des accès. — Folie épileptique en dehors des accès. — Délire impulsif. — Caractère des épileptiques en dehors de l'aliénation mentale.—Pronostic de l'épilepsie au point de vue mental. — Traitement.

Messieurs,

De toutes les grandes névroses qui peuvent exercer sur l'intelligence une action nuisible, l'épilepsie est incontestablement celle qui présente les rapports les plus intimes avec l'aliénation mentale. Non seulement, en effet, un grand nombre de fous sont fils d'épileptiques, quand ils ne sont pas épileptiques eux-mêmes ; non seulement les accès convulsifs de cette maladie sont, dans bien des cas, précédés ou suivis d'un délire épouvantable, dont les explosions dramatiques s'imposent violemment à notre attention, mais encore il existe, chez la plupart des épileptiques, un état

mental particulier qui se manifeste dans l'intervalle des accès et qui, sur bien des points, côtoie l'extrême frontière de la folie.

On ne saurait donc trouver un exemple plus frappant des rapports intimes qui unissent les névropathies de la motilité aux maladies intellectuelles. C'est à l'étude de cette question, pleine d'intérêt, mais hérissée de difficultés presque insolubles, que je me propose de consacrer cette leçon.

Sans vouloir entrer dans une description méthodique et complète de l'épilepsie, qui ne saurait trouver sa place ici, je dois vous rappeler que, dans son évolution régulière, cette maladie présente des troubles de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence.

Il est une forme d'épilepsie, désignée habituellement par le nom assez impropre de *vertige* ou *petit mal*, et qui est constituée essentiellement par une *absence*, c'est-à-dire par une suspension brusque et transitoire des fonctions intellectuelles. Revenu à lui-même, le malade ignore complètement ce qui s'est passé ; c'est là un trouble purement intellectuel. Mais, lorsqu'il s'agit du grand mal, chaque accès présente au moins trois stades : d'abord une aura, c'est-à-dire un trouble de la sensibilité, qui peut affecter les formes les plus diverses et manquer quelquefois complètement ; viennent ensuite les accidents convulsifs, auxquels succède une période plus ou moins longue d'abrutissement. Ici donc la série est complète ; nous avons les troubles de la sensibilité d'abord, ceux de la motilité ensuite et ceux de l'intelligence à la fin. Mais voici le point capital : tous ces phénomènes peuvent se substituer les uns aux autres ; il est donc nécessaire de les étudier simultanément.

Voyons d'abord quel est l'état mental des épileptiques non aliénés. Ils sont assez souvent dans une condition parfaitement normale, en apparence du moins ; mais, dans la très grande majorité des cas, nous constatons l'un ou l'autre de deux états opposés : une irritabilité extrême ou bien une douceur exagérée.

L'épileptique irascible est un être absolument insupportable. Il est soupçonneux, querelleur et violent. Non seulement il maltraite les autres, mais il se plaint sans cesse, ce qui le rend mortellement ennuyeux. Enfin il est souvent dipsomane ou porté aux excès vénériens. C'est un névropathe, même au point de vue du caractère et en dehors des accidents convulsifs.

Par contre, il est une catégorie d'épileptiques absolument différente. Ils sont doux, polis, obséquieux, au point d'en être fatigants.

Chez les uns et les autres, on constate une mobilité d'humeur et une versatilité d'idées qui frappent l'observateur le moins attentif.

Le plus souvent leur intelligence est amoindrie et déprimée. Cet affaiblissement, qui porte surtout sur la mémoire, se dessine d'autant plus nettement que la maladie est plus ancienne ; mais il est des malades chez qui l'on constate un état absolument inverse ; ils ont de l'excitation intellectuelle. Ce sont des hommes de talent ; ce sont quelquefois des hommes de génie. Aussi Jean Tail, dans son traité de *l'Epilepsie*, prétend-il que la plupart des épileptiques sont gens de grand entendement. Il avait parfaitement raison, mais il semble n'avoir vu qu'un seul côté de la question.

Voilà donc un état mental évidemment irrégulier ; mais, chez plusieurs sujets, aux approches de l'accès convulsif, il s'aggrave d'une manière exquise.

Nous avons dit que la série des phénomènes physiques commençait par l'aura. C'est une sensation étrange que les malades comparent habituellement à un vent froid qui remonterait d'un point déterminé de la périphérie (point de départ) vers le centre. D'autres fois ce sont des fourmillements, des picotements, des brûlures, des sensations viscérales, la nausée par exemple. Enfin, l'aura est souvent accompagnée ou remplacée par des hallucinations. Celles de la vue sont les plus communes. Tel malade aperçoit au moment de l'accès une roue dentée au milieu de laquelle se dresse une figure grimaçante. Tel autre voit une série de paysages riants au moment où l'attaque va commencer. Chez certains sujets, c'est l'ouïe qui est compromise, ce sont des voix, des bruits étranges qui se font entendre... D'autres malades enfin sont avertis par l'odorat que leur accès va commencer. Je connais un Anglais, depuis longtemps épileptique, chez qui les accès sont toujours précédés par la sensation d'une odeur infecte et que le malade ne peut comparer à rien. C'est une odeur *sui generis ;* c'est véritablement l'*odeur d'épilepsie* (1).

Il est des sujets chez qui les troubles sensoriels sont remplacés par des troubles locomoteurs. Tel malade, au moment où l'accès commence, court rapidement pendant trente ou quarante pas, puis tombe à terre et s'agite convulsivement. Tel autre va tourner en rond pendant quelques instants, avant le début de l'accès.

Or, ces phénomènes si curieux et si divers peuvent tous être remplacés par des phénomènes intellectuels. En d'autres termes, s'il existe des prodromes physiques, il en est aussi de psychologiques.

(1) Ce phénomène a été déjà signalé par plusieurs observateurs.

Certains malades deviennent tristes, irritables et querelleurs, quelque temps avant l'explosion de l'accès ou pendant les derniers instants qui le précèdent. C'est une véritable aura intellectuelle. D'autres, au contraire, quelques instants avant d'être frappés, se montrent gais, satisfaits, contents d'eux-mêmes, expansifs et loquaces. D'autres sont déprimés, prostrés, ils s'expriment difficilement; il leur est impossible de penser; ils éprouvent de l'inquiétude et une perte évidente de la mémoire. Il est enfin des sujets chez qui de véritables troubles intellectuels se développent avant l'attaque. Ils ont des idées fixes, des conceptions délirantes; ils sont poursuivis par de tristes souvenirs qu'il leur est impossible de maîtriser.

M. Billod rapporte un cas où des accès convulsifs ont été précédés pendant trois jours par une crise de manie aiguë.

On voit quelquefois le sujet, avant de tomber en convulsions, s'agiter avec fureur; il crie, il vocifère souvent, il prononce avec persistance un mot, un nom, une phrase. Une femme que j'ai vue dans le service de M. Moreau, de Tours, était devenue épileptique à la suite d'une émotion vive; un habitant de son village, qui s'appelait Jean-Louis Philippe, avait assassiné sa femme. Notre malade avait vu le cadavre, et la frayeur qu'elle avait éprouvée avait immédiatement déterminé une crise d'épilepsie, point de départ de sa maladie. Or, toutes les fois qu'une attaque allait se déclarer, elle s'écriait avec un accent d'horreur: «Jean-Louis Philippe! Jean-Louis Philippe! Jean-Louis Philippe! Il a tué sa femme, le bourreau!» Ce dernier mot était prononcé avec plus d'expression que les autres. Aussitôt après, les convulsions éclataient.

Mais, si le délire peut se montrer avant l'attaque, c'est surtout après l'accès qu'on voit éclater la folie. C'est au

sortir d'un accès convulsif que l'épileptique présente les troubles intellectuels les plus marqués. Le fait le plus ordinaire est une hébétude prononcée avec torpeur cérébrale, perte de la mémoire et confusion des idées. Cet état se prolonge quelquefois pendant un jour ou deux. Le plus souvent il se dissipe au bout de quelques heures. Ces troubles rudimentaires peuvent être remplacés par un état de délire qui presque toujours est un délire d'action. Le malade commet, à ce moment, des actes insensés et souvent ridicules. Marcé rapporte l'observation d'une femme qui, au sortir de ses accès, cousait en paquet les draps de son lit, en répétant le mot *coche*.

C'est surtout à ce moment qu'on voit éclater la fureur épileptique qui, dans son épouvantable gravité, peut ne durer que quelques instants; mais, pendant ce court espace de temps, on voit souvent se produire le suicide, le meurtre et l'incendie.

On peut citer comme type l'observation rapportée par M. Jules Falret et qui est extraite de la *Gazette des tribunaux* (1) :

« François L..., vingt ans, cordonnier, était, depuis un grand nombre d'années, sujet à des attaques d'épilepsie. Elle avait commencé par suite d'une chute sur la glace. Les accès, qui d'abord n'étaient suivis que d'une très légère altération de la raison, devinrent plus sérieux et furent accompagnés d'une manie furieuse.

« Il avait servi dans le 5e régiment d'infanterie légère, de 1838 à 1841, et, lorsqu'il sortit du service, il reprit son commerce. Lorsqu'il avait des attaques pendant cette pé-

(1) Jules Falret, *Archives générales de médecine* 1861, t. p. 466. Extrait de la *Gazette des tribunaux*, 7 janvier 1845.

riode, il saisissait son marteau, son couteau ou tout autre instrument qu'il avait sous la main, et le brandissait d'une manière menaçante, de façon à s'attirer les railleries de ses camarades.

«Lorsqu'il fut hors du service, il retourna chez lui et se décida à se marier. La cérémonie avec sa fiancée fut fixée au 26 octobre 1841. Le 24, un mal de tête très intense survint et lui parut à lui-même un indice de l'imminence d'une attaque. Il appela un médecin qui l'avait traité anciennement pour cette maladie et lui demanda de le saigner, opération qui lui avait toujours procuré du soulagement. Le médecin refusa, par le motif que ce remède ne devait pas être trop souvent employé. Le 26, quelques heures avant le mariage, il fut saigné par un autre médecin, mais sans aucune diminution de la douleur. Pendant la cérémonie civile et religieuse du mariage, L... était abattu, taciturne ; il ne dit rien en dehors du simple *oui*. En quittant l'église, il fut saisi d'une douleur atroce de la tête ; elle fut tellement excessive, que, dans la maison de son beau-père, il fut obligé de se mettre au lit. La chambre dans laquelle il se trouvait était voisine de celle où l'on préparait le repas de noce. Là, il fut saisi d'un accès d'épilepsie furieuse, et, tandis que les personnes qui étaient avec lui allaient chercher des cordes pour l'attacher, il se précipita tout nu dans la salle à manger, avec une pelle dont il s'était emparé, poursuivit une femme qui s'enfuit, et la renversa par terre, en lui frappant un coup sur la tête. Son beau-père s'interposa ; mais, ainsi que les autres, il fut chassé. Le malade se mit alors à terre devant la porte, rongeant la pierre avec ses dents ; enfin il se leva avec un couteau de cordonnier à la main ; il ouvrit la porte de force, s'écriant qu'il voulait les tuer. La première personne qu'il rencontra fut son

beau-père, qu'il tua à l'instant. *Cette attaque continua pendant trois jours.* Le 28, la raison revient, mais le malade paraissait seulement se rappeler le moment du mariage, et rien de ce qui suivit. Il supposait qu'il avait dormi pendant tout ce temps. Il fut bientôt transporté dans l'asile de Clermont, où il se trouve encore. Dans ces conditions, le tuteur de S... s'adressa à la Cour pour obtenir la déclaration de nullité du mariage, par la raison que cet épileptique n'était pas complètement sain d'esprit au moment de la cérémonie, et par conséquent n'était pas apte à donner son consentement. La Cour prononça la nullité du mariage. »

Si nous avons rapporté ce fait, c'est d'abord parce qu'il offre un vrai type de fureur épileptique. C'est ensuite parce qu'il présente un exemple évident de la perte absolue de la mémoire au sortir de l'accès. Ce phénomène n'est pas absolument constant ; il est des sujets qui conservent un souvenir confus de ce qui s'est passé, et Tuke en cite un exemple frappant. Un malade, qui avait grossièrement insulté son médecin pendant un accès de folie épileptique, lui demanda pardon le lendemain de ce qu'il avait fait, en alléguant pour s'excuser le trouble apporté par la maladie dans ses fonctions intellectuelles.

Nous avons dit que le délire peut éclater, soit avant, soit après l'attaque épileptique. M. Billod, cité par M. Falret, rapporte une observation dans laquelle les accès d'épilepsie étaient toujours précédés d'un état mélancolique et suivis d'un état maniaque.

Un ecclésiastique, âgé de cinquante-quatre ans, était épileptique depuis près de vingt ans. Il présentait tous les mois une période marquée par deux ou trois accès épileptiques complets. Chacune de ces périodes était précédée, pen-

dant huit à dix jours, d'un délire mélancolique, caractérisé surtout par des idées de persécution et par des hallucinations de l'ouïe qui lui faisaient entendre les propos les plus outrageants pour la religion. Mais, à la suite des accidents convulsifs, après quelques jours d'hébétude, il entrait dans une phase de bien-être et de satisfaction indicible; il parlait sans cesse de sa guérison, dont il tenait à annoncer l'heureuse nouvelle à son évêque et à sa famille; il voyait diminuer l'intensité de ses hallucinations auditives et pouvait se livrer à ses exercices habituels de piété. Cette période de bien-être durait environ quinze jours ; puis survenait une crise de mélancolie, enfin une nouvelle période convulsive.

Nous allons maintenant étudier les caractères propres du délire épileptique, sans nous préoccuper des relations qu'il présente avec l'état convulsif. On peut admettre, avec M. J. Falret, deux grandes formes de délire épileptique; il leur donne le nom de petit mal et de grand mal intellectuel.

Le *petit mal* est caractérisé surtout par une grande confusion des idées, par une sorte d'hébétude et une prédominance des mauvais instincts, traversée de temps en temps par des impulsions irrésistibles. Souvent les malades ont une conscience obscure de leur état, sans être pour cela veritablement plus lucides. Ils disent que le mauvais esprit les domine, qu'ils ne sont plus eux-mêmes ; ils éprouvent une grande difficulté à réunir leurs idées et à fixer leur attention ; ils sont en proie à un profond malaise et sont absolument incapables de résister à leurs instincts.

Pinel rapporte l'observation d'une jeune fille qui, dès l'âge de quatre ans, avait des accès d'épilepsie. A l'âge de dix-sept ans, elle entra au service d'un paysan. Ce fut une triste acquisition pour son maître, car elle mit le feu à la

maison deux fois ; mais, la seconde fois, elle donna l'alarme elle-même, puis essaya de se pendre. Interrogée sur les motifs de son acte, elle ne put en donner aucun. « J'avais quelque chose en moi, disait-elle, qui me poussait sans cesse à mettre le feu, puis à me détruire. »

Chez certains sujets, il existe au contraire une perte absolue de conscience. Le malade se réveille brusquement et s'étonne le premier de ses propres actions. M. Legrand du Saulle a observé un cas assez curieux de kleptomanie : il s'agit d'un homme qui, trois ou quatre fois par an, éprouvait à l'estomac une sensation étrange, qui se transformait bientôt en une vapeur qui lui montait à la tête. A ce moment, il perdait l'esprit, commettait des vols nombreux, puis se réveillait en prison ; il était tout étonné de voir sortir de ses poches, quand on le fouillait, une quantité d'objets volés dont il lui était impossible d'indiquer la provenance.

D'autres sujets sont pris en pareil cas de la manie des voyages et font, sans savoir pourquoi, des excursions lointaines et prolongées.

Chez plusieurs de ces épileptiques, on voit naître une sorte de délire des persécutions : ils se disent très malheureux ; ils ont des ennemis partout ; ils sont méchants et rancuniers ; enfin ils subissent des impulsions subites qui les poussent au meurtre, à l'incendie ou au suicide. Une fois lancés, ils agissent avec détermination, frappent à coups redoublés et font plusieurs victimes. C'est là, suivant M. Falret, un trait caractéristique qui peut avoir une véritable importance au point de vue de la médecine légale.

Une fois le crime commis, le malade éprouve souvent une détente : l'état d'oppression intellectuelle où il se trouvait auparavant s'évanouit tout à coup et il se trouve comme dégrisé ; mais, s'il éprouve à cet égard un grand soulage-

ment, il est stupéfait en présence de l'acte qu'il vient de commettre.

D'autres fois, au contraire, après une action violente, le trouble continue, et le malade court çà et là, sans se rendre compte de ce qu'il vient de faire.

Notons enfin que, comme le fait observer M. Falret, cette forme de délire atteint surtout de jeunes sujets âgés à peine de dix-huit ou vingt ans.

Le *grand mal intellectuel* ou fureur épileptique ressemble la manie aiguë ; mais il est caractérisé surtout par des idées confuses se succédant avec une rapidité extrême et une violence inouïe.

Aussi, le malade s'abandonne-t-il souvent à une loquacité intarissable qui accompagne les actes de violence.

L'un des principaux caractères de ce genre de manie est son invasion brusque, imprévue, et le plus souvent sans prodromes. Quelquefois cependant, le malade donne quelque temps auparavant des signes d'irritabilité.

Un deuxième caractère, et des plus importants, c'est la ressemblance absolue de tous les accès chez le même individu, ressemblance qui s'applique non seulement à l'ensemble, mais aux moindres détails de la crise. Le malade perçoit les mêmes hallucinations, est dominé par les mêmes idées, profère les mêmes paroles, souvent bizarres ou niaises (nous en avons déjà donné des exemples), et se livre aux mêmes violences, de telle sorte que chaque accès semble être la photographie exacte du premier.

Le troisième caractère est la violence extrême de l'accès. La fureur des épileptiques en fait les plus dangereux de tous les malades, et cela surtout quand leur tranquillité apparente a désarmé l'attention de ceux qui les entourent. Qui ne connaît le cas de Godefroy, frappé au cœur par un

épileptique tranquille avec lequel il s'entretenait paisiblement ?

Un quatrième caractère est la conservation d'une certaine logique dans les idées. Ces malades sont moins incohérents que les maniaques et peuvent quelquefois répondre assez correctement aux questions qui leur sont adressées.

La durée des accès de grand mal intellectuel est en général courte, elle ne dépasse pas habituellement quelques jours : leur cessation est brusque ; le malade se réveille en quelque sorte d'un rêve pénible et revient en quelques heures à la santé ; presque toujours, il a perdu complètement le sentiment de ce qui s'est passé.

Comme le fait observer M. Falret, il existe entre ces deux formes des rapports étroits ; elles peuvent alterner et se succéder chez le même malade, absolument comme le vertige épileptique et les accès convulsifs.

Mais ce qui est important à noter, c'est que le délire épileptique se produit volontiers après une série d'attaques qui se manifestent après une longue suspension de la maladie. On dirait presque une décharge électrique succédant à une accumulation prolongée de fluide.

Il nous reste à parler de la folie épileptique en dehors des accès. Nous avons surtout envisagé le délire dans ses rapports avec les crises convulsives, mais il faut savoir qu'il se produit quelquefois longtemps après toute manifestation de ce genre, et lorsque le malade pouvait se croire guéri. Il est surtout une forme d'épilepsie larvée qui mérite de fixer l'attention au point de vue médico-légal : c'est le délire impulsif, qui éclate quelquefois longtemps avant toute attaque d'épilepsie. Nous citerons comme exemple le cas de Thouviot, cet assassin célèbre sur lequel M. Lasègue a pu-

blié dans les *Archives* une étude si remarquable. Ce jeune homme, poussé par une impulsion homicide, avait erré pendant plusieurs jours dans les rues de Paris, cherchant à tuer une femme. Il finit par entrer dans un petit restaurant de la rue Cujas, où il trouva une jeune fille en train d'éplucher des légumes. Saisissant un grand couteau à fromage, il le lui plongea dans le cœur. Après une expertise médico-légale, il fut considéré comme aliéné et transféré à la sûreté de Bicêtre, où nous avons eu l'occasion de le voir. Il était alors parfaitement tranquille et réclamait avec insistance sa mise en liberté ; mais, pendant le cours de sa détention, il eut deux attaques d'épilepsie, phénomène qui se produisait pour la première fois dans son histoire et qui éclairait d'une vive lumière les causes du meurtre insensé qu'il avait commis. Il finit par se pendre aux barreaux de sa fenêtre, après avoir longtemps et vainement sollicité sa libération.

Mais ce qui est encore plus important au point de vue théorique et pratique, c'est que le délire peut se transformer en épilepsie. Les crises convulsives peuvent remplacer les troubles intellectuels et s'y substituer complètement. Par contre, l'épilepsie peut à son tour se transformer en délire. Esquirol en rapporte une observation que nous avons déjà citée (p. 51).

En dehors de l'aliénation mentale, les épileptiques ont souvent un caractère des plus vicieux. Ils ont quelquefois un penchant marqué à l'alcoolisme et aux excès vénériens. On rencontre parmi eux des dipsomanes ; enfin plus d'un épileptique qui n'a jamais été fou se conduit avec une brutalité révoltante envers sa femme, ses enfants, ses camarades, et s'abandonne à des colères furibondes, pour les motifs les plus futiles.

Voilà pourquoi, quand un crime est commis par un épileptique qui n'a jamais offert aucun signe d'aliénation mentale, le médecin légiste peut se demander avec raison si le criminel est responsable. En effet, on peut toujours supposer que l'acte incriminé n'a été que la première manifestation d'une folie qui débute, ou le fruit de ce caractère impulsif, brutal et imparfaitement équilibré qui, chez plus d'un épileptique, diminue sensiblement la liberté morale.

Le pronostic de l'épilepsie, au point de vue mental, est incontestablement des plus sombres. Aliénés ou non, ces malades s'acheminent plus ou moins rapidement vers la démence ; ils commencent par perdre la mémoire, puis leur portée intellectuelle s'affaiblit ; ils tombent enfin dans l'hébétude la plus complète, et ne se relèvent plus.

Il existe heureusement des exceptions à la règle. Il est des épileptiques qui conservent une intelligence quelquefois fort développée pendant une longue carrière. L'histoire en a rapporté de nombreux exemples, et la pratique journalière nous montre souvent des faits à l'appui. Il s'agit surtout alors de sujets dont les accès sont éloignés et peu fréquents et qui sont devenus épileptiques après l'âge de la puberté. Quand la maladie date de l'enfance, l'affaissement intellectuel est à peu près inévitable.

Le traitement des troubles intellectuels chez les épileptiques ne saurait être séparé de celui de l'épilepsie en général. Il est cependant à remarquer que l'usage prolongé du bromure de potassium, qui donne au point de vue des accidents convulsifs d'excellents résultats, peut amener à la longue un amoindrissement sensible des facultés. Nous préférons de beaucoup l'emploi d'un traitement mixte, qui contient à la

fois plusieurs des remèdes préconisés contre l'épilepsie. Nous associons en général l'oxyde de zinc et la belladone aux bromures alcalins, et les résultats de cette médication nous paraissent bien préférables à ceux qu'on obtient par l'emploi d'un médicament isolé, surtout au point de vue de l'intelligence. En tous cas, il est certain qu'en supprimant les accès convulsifs ou en diminuant leur fréquence, on apporte un soulagement notable aux troubles de l'esprit.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

DE L'ETAT MENTAL DANS L'HYSTÉRIE, LA CHORÉE, ET QUELQUES AUTRES NÉVROSES.

SOMMAIRE. — Bizarrerie des hystériques. — Mobilité du caractère. — Désordres de la sensibilité. — Esprit de contradiction. — Irritabilité. — Rapidité des impulsions et des actes. — Affaiblissement de la volonté. — Goût inné pour la tromperie. — Etat du sens génital. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Impulsions irrésistibles. Penchant au suicide. — Impulsion au vol. — Tendance à la calomnie. — Accès de délire. — Folie hystérique. — Ses caractères. — Pronostic. — Traitement.

Etat mental des choréiques. — Changements de caractère. — Enfants insupportables. — Affaiblissement de l'attention et de la mémoire. — Amoindrissement de l'acuité intellectuelle. — Fréquence de la chorée chez les idiots. — Manque d'équilibre des facultés intellectuelles. — Hallucinations. — Délire de la phonation. — Folie choréique. — Trois formes principales. — Délire incohérent avec excitation maniaque. — Manie choréique. — Mélancolie. — Pronostic. — Traitement.

Etat mental dans le goître exophthalmique.

Etat mental dans la paralysie agitante.

MESSIEURS,

Les névroses convulsives, qui couvrent une si vaste étendue en pathologie, ont des rapports incontestables avec l'aliénation mentale. L'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie agitante, se compliquent plus ou moins souvent de troubles intellectuels qui peuvent aller jusqu'à la folie. L'étude de l'état mental dans ces grandes névropathies mériterait d'occuper notre attention pendant une année tout entière. Nous avons déjà décrit la folie épileptique. Obligé,

par les nécessités de l'enseignement, de condenser nos idées, nous nous contenterons maintenant d'étudier tour à tour l'état mental des hystériques, des choréiques et de quelques autres névropathes, en nous attachant aux grandes lignes de la question et en laissant de côté les innombrables détails qu'elle comporte.

C'est l'état mental des hystériques qui doit nous occuper aujourd'hui, et je laisse de côté, les supposant connues, les grandes manifestations physiques de cette maladie. En dehors des troubles somatiques si variés et si divers auxquels elle peut donner lieu et qui semblent embrasser toute la pathologie, il est, tous les observateurs le reconnaissent, des phénomènes d'ordre psychique, qui jouent un rôle capital parmi les caractères de cette grande névrose et qui, poussés au dernier terme, peuvent aboutir soit au crime, soit à la folie.

Vous connaissez tous, au moins de réputation, cette bizarrerie fantasque, indéchiffrable et capricieuse, qui constitue le fond même du caractère hystérique ; vous avez tous entendu parler de ces femmes (si vous ne les avez pas connues) qui font le désespoir de leur entourage, par leurs excentricités, et dont le caractère, comme disent nos bons paysans, change plus souvent que le temps.

C'est qu'en effet la *mobilité* est le premier et le principal élément du caractère hystérique. Passant alternativement de l'exaltation à la dépression, des larmes au sourire, ces malades s'enthousiasment violemment pour une personne, un objet, une idée; puis un instant après, se précipitant d'un extrême à l'autre, elles n'ont pour l'objet de leur culte que de la froideur, de l'indifférence ou de l'aversion. Aussi ne doit-on jamais les contredire, jamais ne les heurter de front, ne jamais discuter avec elles ; il suffit d'attendre ; au

bout d'un quart d'heure on voit changer complètement la pente de leur esprit.

Leur sensibilité n'est pas moins affolée que leur jugement. Stoïques devant les plus grands malheurs, elles s'emportent sous l'influence des plus minces contrariétés jusqu'à éprouver des crises nerveuses d'une extrême violence.

Par un contraste frappant avec la mobilité de leurs idées, ces malades sont animées d'un esprit exagéré de contradiction et d'un goût singulier pour la controverse. Elles prennent constamment le contre-pied de ce qu'on leur dit. Mais, par contre, elles ont au plus haut degré l'esprit d'imitation. On connaît les épidémies convulsives qui se développent si souvent chez les hystériques; mais le délire n'est pas moins contagieux, et c'est surtout chez ces malades que l'on voit éclater ces idées folles qui, comme une traînée de poudre, parcourent une localité tout entière. Les hystériques ne sont jamais indifférentes pour leurs congénères; elles s'attirent ou se repoussent; elles s'adorent ou se détestent.

Lorsque dans un service d'hôpital, au moment de la visite, il se déclare une crise d'hystérie, des quatre coins de la salle vous voyez accourir cinq ou six malades, toujours les mêmes, qui s'empressent autour de la patiente; ce sont les hystériques du service, qui ne sauraient laisser passer un accès sans s'en être mêlées; et tandis que les autres malades de la salle manifestent de l'indifférence ou de l'ennui, les hystériques suivent avec un intérêt palpitant tous les détails de la crise, quitte à donner elles-mêmes, un instant après, le spectacle d'une attaque.

Il est fort naturel de supposer que cet empressement part d'un bon naturel, mais au fond il n'en est rien : il s'agit d'un mouvement de curiosité ou plutôt de l'attrait que ces

malades exercent les unes sur les autres, car au fond rien n'est plus égoïste que le caractère d'une hystérique ; constamment occupée à se plaindre, toujours disposée à gémir sur son propre sort, elle semble convaincue que tout dans l'univers doit converger vers elle.

Ajoutons enfin que rien n'est plus frappant chez ces malades que la rapidité, la soudaineté des impulsions et des actes. La cause la plus futile, la moindre contrariété, les refus opposés à un caprice passager, quelquefois des motifs plus frivoles encore, provoquent des explosions subites de colère souvent portées jusqu'à la fureur et accompagnées de violence. Il semblerait, pour parler le langage de certains métaphysiciens, que la sensation se transforme brusquement en idée, et l'idée en acte. C'est un réflexe, mais un réflexe moral.

Tous ces désordres de l'esprit peuvent se résumer en un seul mot : *faiblesse*. C'est, en effet, l'affaiblissement de la volonté qui est la clef de ces phénomènes singuliers ; avec une ferme volonté, on résiste à ces impulsions. L'hystérique n'y résiste pas, et c'est le secret de son extrême mobilité.

Mais, nous dira-t-on, le caractère hystérique, tel que vous le décrivez, n'est que l'exagération du tempérament féminin. Chez la femme à l'état normal nous retrouvons, à un moindre degré, toutes les perturbations que vous venez de décrire.

Sans doute, il existe un rapprochement qui s'impose entre le caractère hystérique et le tempérament féminin. Mais notons en passant que, dans les cas assez rares d'hystérie chez l'homme, ces troubles moraux sont encore plus accentués s'il est possible, ce qui prouve bien qu'il s'agit là d'une perturbation intimement liée à la maladie et totalement indépendante du sexe de l'individu. Mais il est un fait

plus grave qui constitue au profit de l'hystérie un trouble psychologique vraiment caractéristique. Nous voulons parler de ce goût inné pour la tromperie qui dépasse la portée ordinaire de la duplicité et du mensonge. Pour ce qui touche aux symptômes de leur maladie, aux excentricités qui peuvent la caractériser, les malades, on le sait, sont toujours portées à l'exagération. Rien de plus dangereux, au point de vue scientifique, que de prendre pour des faits réels toutes les mystifications dont sont capables ces personnes, et c'est un écueil que n'ont point toujours évité les observateurs les plus justement célèbres. Mon maître, M. Moreau (de Tours), m'a souvent raconté que, pendant les premiers temps de son service à la Salpêtrière, il avait eu l'idée d'expérimenter les effets du haschisch sur les hystériques de son service, et qu'il avait obtenu les résultats les plus merveilleux. Mais tout à coup, saisi d'un scrupule bien légitime, il substitua des boulettes de mie de pain aux pilules qu'il avait précédemment administrées, et il eut la mortification de voir se reproduire les mêmes symptômes avec une intensité toujours croissante. C'est ainsi que les phénomènes les plus étranges observés chez ces malades peuvent n'être que le fruit d'une simulation plus ou moins habile.

Choisissons un fait entre mille. Une jeune hystérique, qui n'urinait presque pas, vomissait de temps en temps des flots d'un liquide qui présentait tous les caractères physiques et chimiques de la sécrétion urinaire. On était arrivé à croire à un véritable transfert de la sécrétion rénale sur les parois de l'estomac, lorsqu'une surveillance plus attentive fit découvrir la ruse de la malade ; elle avalait ses urines presque immédiatement après les avoir rendues. Que penser après de telles désillusions des faits merveilleux dont

nous entretiennent certains médecins voués par profession au culte de l'hystérie ?

La même duplicité qui s'observe chez ces malades se rencontre dans les rapports ordinaires de la vie, en dehors de toute question relative aux symptômes de leur mal. Ce sont des accusations mensongères contre leur entourage ; ce sont des récits absolument imaginaires, mais assez bien construits pour paraître plausibles au premier abord. Enfin, comme l'a si bien fait observer, dans une occasion récente, M. le professeur Lasègue, il est des hystériques chez qui le besoin de tromper s'exalte jusqu'au délire. Elles mentent absolument pour le plaisir de mentir.

Un autre penchant qu'on reproche assez volontiers aux hystériques, c'est l'érotisme, soit au point de vue sensuel, soit au point de vue moral. Les anciens ont beaucoup exagéré l'intensité de cette tendance, qui, pour le vulgaire, est devenue synonyme du mot *hystérie ;* les modernes, et surtout M. Moreau (de Tours), ont montré combien cette imputation formulée d'une manière aussi absolue était mal fondée.

Il est incontestable que chez beaucoup d'hystériques il existe une aversion absolue pour les rapports sexuels ; chez d'autres il existe une sorte d'érotomanie platonique s'appuyant plutôt sur l'imagination que sur les sens, et qui les prédispose à devenir amoureuses des hommes qui les entourent. Enfin, chez quelques-unes d'entre elles, on rencontre une véritable excitation sexuelle ; mais c'est là bien plutôt l'exception que la règle. Ce qu'il faut surtout retenir ici c'est, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'extrême faiblesse de la volonté qui les livre sans défense à toutes les irrégularités du caprice. A l'état normal, quand la passion parle, la pudeur, l'éducation, les principes four-

nissent un point d'appui utile à la résistance. Chez les hystériques, il n'en est rien. Dénuées de tout ressort, elles succombent à la première impulsion des sens.

Au reste, presque toutes les malades de cette espèce sont vaniteuses et coquettes, préoccupées de leur personne et désirant toujours attirer l'attention. C'est là une tendance qui peut souvent se confondre en apparence avec l'érotisme et qui peut, dans une certaine mesure, en imposer à des observateurs peu habitués aux distinctions délicates et quelquefois subtiles de la psychologie morbide.

Les facultés intellectuelles sont conservées en apparence chez les hystériques, mais elles sont affaiblies en réalité. Souvent il arrive que leur conversation, pleine d'abandon et remplie d'un certain charme, les fait passer pour spirituelles et laisse supposer une certaine exaltation de l'intelligence; mais si nous allons au fond des choses, nous constatons un affaiblissement de la mémoire qui peut aller très loin, une frivolité extrême qui porte ces malades à s'intéresser aux plus petits sujets et à négliger les affaires les plus importantes ; enfin et surtout, un manque d'attention qui les empêche de suivre un raisonnement, de résoudre une difficulté et de s'attacher à un travail quelconque. Ce vice capital est la marque évidente d'une déchéance intellectuelle et d'un amoindrissement des forces vives de l'esprit.

Tous les accidents que nous venons de signaler redoublent d'intensité aux époques menstruelles, et c'est surtout alors qu'on voit apparaître le caractère hystérique sous ses véritables couleurs.

Toutes les perturbations psychologiques dont nous venons de parler restent en-deçà de la frontière qui sépare la raison

du délire. C'est avec les impulsions irrésistibles que la véritable folie apparaît tout d'abord.

Les hystériques ont un penchant prononcé au suicide. Tuke et Bucknill rapportent l'observation d'une jeune Anglaise qui s'est suicidée à l'âge de onze ans ; elle appartenait à une famille de trois sœurs, toutes hystériques, et qui toutes ont fini par le suicide. Cette prédisposition morbide se rencontre souvent chez tous les membres d'une même famille; mais, pour ne considérer que les cas individuels, presque toujours l'hystérie joue un rôle prépondérant chez les jeunes filles qui, pour les motifs souvent les plus futiles, mettent fin à leurs jours. Ce qui est plus fréquent encore, c'est la simulation du suicide ; c'est ici que se placent ces empoisonnements fictifs, où le laudanum joue un si grand rôle, ces coups de pistolet qu'on se tire, mais en ayant soin de ne pas se toucher, et les autres tentatives avortées qui n'ont d'autre but que de faire plaindre la victime et d'attirer des désagréments à son mari ou à ses proches. Il ne faut cependant pas oublier que pour simuler le suicide, il faut être déjà sur la pente d'un état morbide qui peut conduire à des tentatives plus sérieuses et qui seront suivies d'effet. Ce n'est là, pour ainsi dire, que le premier anneau de la chaîne.

L'homicide est très rare chez les hystériques, mais il en existe quelques exemples bien avérés. M. Moreau rapporte l'observation d'une femme qui, saisie d'une impulsion subite, voulait étrangler une de ses compagnes, et qui était sur le point d'y réussir, lorsque subitement elle fut prise d'un violent accès d'hystérie qui termina la crise.

L'impulsion au vol est au contraire très fréquente. On voit en pareil cas des femmes du grand monde commettre des vols insignifiants, sans aucune valeur, et se laisser sur-

prendre, faute des précautions les plus élémentaires. A chaque instant, dans les grands magasins, des actes de ce genre sont constatés et punis ; ils sont commis, dans la plupart des cas, par des femmes plus ou moins hystériques. Nous parlons, bien entendu, de ces vols sans importance qui ne peuvent rapporter aucun profit sérieux aux coupables et qui seraient absolument dédaignés par les *artistes* de profession. Morel raconte l'histoire d'une dame, fille d'une hystérique, hystérique elle-même, qui prenait plaisir à voler de menus objets pour les cacher dans les effets de ses servantes, qu'elle accusait ensuite de ces petits larcins. Nous voyons ici reparaître cette tendance aux dénonciations calomnieuses dont nous avons déjà parlé.

Cette déplorable tendance à la calomnie peut atteindre chez les hystériques les proportions du crime et les faire verser par conséquent dans la folie. L'une des accusations les plus fréquemment proférées est celle de viol. Cette imputation, qui revient si souvent chez nos aliénées, acquiert une gravité exceptionnelle en raison de l'infernale habileté avec laquelle certaines hystériques savent donner une couleur spécieuse à leurs accusations. Des procès criminels en ont été souvent la conséquence. L'un des faits les plus célèbres de ce genre est celui d'une jeune fille de dix-huit ans qui portait ses accusations de préférence contre les prêtres. Elle alla jusqu'à se donner des coups de poignard, pour prétendre ensuite que, pendant une syncope occasionnée par ses blessures, elle avait été violée par un abbé, qui fut traduit en cour d'assises. Une expertise ordonnée par le tribunal démontra qu'elle était vierge.

La Société médico-psychologique de Paris a eu l'honneur d'intervenir dans l'un des cas les plus scandaleux de cette espèce. Une dame espagnole, âgée de quarante ans, qui

depuis longtemps tenait des propos étranges et se livrait à des actes insensés, fut enfermée dans une maison d'aliénés, à Barcelone, après des tentatives répétées de suicide. Elle parvint à intenter un procès à son mari, à ses deux beaux-frères et aux trois médecins qui l'avaient soignée. Accusés de séquestration arbitraire, ils furent condamnés à vingt ans de galères. Consultée par les défenseurs, la Société médico-psychologique de Paris envoya en Espagne une commission dont faisait partie notre collègue M. Legrand du Saulle. L'intervention de nouveaux experts démontra l'innocence des accusés et fit casser la sentence qui les avait injustement condamnés.

L'histoire a enregistré des événements de ce genre dont l'issue a été bien autrement tragique. C'étaient des hystériques que ces religieuses de Loudun qui firent condamner Urbain Grandier ; c'étaient aussi des hystériques que ces ursulines de Provence qui firent périr le curé Gaufridi. Poussée à ce degré, la fureur de la calomnie devient évidemment du délire et relève de l'aliénation mentale.

Mais, à côté des impulsions morbides, il existe aussi de véritables accès de délire ; ils peuvent se produire pendant les attaques convulsives, et tous les observateurs en ont été témoins. Briquet compare ce délire à celui du chloroforme. M. Moreau le rapproche des effets du haschisch. Les malades, sous l'empire de l'accès, sont bruyantes, agitées, loquaces, mais en général on n'observe point d'incohérence dans leurs discours. Il s'agit d'un rêve traversé d'hallucinations et qui se rapporte surtout à leurs habitudes ordinaires. La crise terminée, la raison revient.

Le délire peut éclater aussi dans l'intervalle des accès ; il semble alors remplacer les accidents convulsifs. Une impression vive, une frayeur, une sensation pénible peuvent

en déterminer l'explosion. Ce délire peut durer quelques jours ou quelques heures, mais il est essentiellement passager.

Le délire permanent des hystériques se développe ordinairement d'une manière lente et suit une progression régulièrement ascendante. Aux excentricités habituelles du caractère hystérique succèdent peu à peu des conceptions délirantes, traversées d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le délire s'organise, et la folie peut alors se manifester sous toutes les formes ; mais la plus commune de toutes, c'est la manie. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la lypémanie avec stupeur, l'hypochondrie, enfin les idées fixes.

Voyons maintenant quels sont les caractères spéciaux qui appartiennent en propre à la folie hystérique.

Nous avons déjà signalé la perte de la mémoire. Chez les sujets qui sortent d'une crise, tout souvenir des faits qui viennent de se passer paraît être aboli, et, loin de ressembler à ces vésaniques réguliers qui, revenus à la raison, conservent la notion des idées fausses qui les ont tourmentés, les hystériques semblent avoir passé l'éponge sur leurs divagations, qui n'ont laissé aucune trace dans leur esprit.

Les hystériques ont souvent, en plein accès de délire, une conscience plus ou moins complète de leur état, et, au plus fort d'une crise, il suffit quelquefois de leur adresser une parole à propos pour les ramener au sentiment de la réalité, bien différentes en cela des épileptiques, qui sont évidemment dominées à un degré bien supérieur par la maladie qui les a frappés.

Quand les accès de délire sont passagers, leur début est ordinairement brusque ; leur cessation est brusque aussi. La malade, à la fin de l'accès, semble sortir d'un rêve, et c'est ce qui rapproche ces accidents psychologiques de l'état

de somnambulisme qui se produit si souvent chez les hystériques, sans cependant leur appartenir d'une manière exclusive. Enfin, dans toutes les formes de la folie hystérique, les idées de suicide exercent une prépondérance singulière. Comme le fait très justement observer M. Moreau (de Tours), chez les fous ordinaires, ces idées de destruction ont un caractère logique et se rattachent à une sorte d'ensemble de conceptions délirantes; chez les hystériques, c'est une pure fantaisie. Une malade, en passant sur les quais, voit couler la Seine et veut immédiatement se noyer. « Je ne voulais pas mourir, disait-elle, et cependant j'avais une terrible envie de me jeter à l'eau. »

Une autre malade, qui rit et plaisante sans cesse avec ses voisines, s'interrompt sans cesse pour répéter : « Je veux mourir, faites-moi donc mourir. »

On retrouve ici le caractère de puérilité, de frivolité, d'absence de volonté qui sont le véritable pivot de tous les désordres intellectuels dans l'hystérie.

S'il est vrai qu'au point de vue psychologique la folie des hystériques a des caractères particuliers, il serait cependant difficile de formuler un diagnostic précis sans l'intervention des crises convulsives qui impriment à la maladie son véritable cachet. Il est donc intéressant d'étudier les rapports qui existent entre les crises d'hystérie et les accès de délire. Ceux-ci peuvent se produire avant l'attaque convulsive, pendant l'attaque ou après l'attaque, et c'est là peut-être le cas le plus fréquent. Souvent aussi, nous l'avons vu, la folie remplace l'accès et les convulsions se transforment en délire.

Enfin, comme pour toutes les névroses, quand les accidents ont cessé pendant longtemps, ils éclatent un beau jour avec plus d'intensité que jamais. Une hystérique aliénée

qui, pendant un long espace de temps, sera restée calme et normale en apparence, aura tout à coup un accès de délire violent et prolongé, si les décharges convulsives ne sont point venues la soulager en temps opportun.

Le pronostic de la folie hystérique est relativement favorable. La guérison survient, d'après M. Moreau (de Tours), dans la moitié des cas. Mais, comme toutes les autres vésanies, elle peut se prolonger indéfiniment et verser enfin dans la démence. Il est certain que, même en cas de guérison, une attaque prolongée de folie hystérique est presque toujours suivie d'un notable amoindrissement des facultés.

Le traitement de la folie hystérique est le triomphe des bromures alcalins. Les médicaments de cet ordre, qui ont une action si favorable sur tous les accidents de la névrose, triomphent aussi bien souvent du délire lui-même. Les préparations d'opium et surtout les injections hypodermiques de sels de morphine, administrées dans une juste mesure, donnent souvent ici d'excellents résultats. Enfin, l'hydrothérapie rend les plus grands services dans les accidents phrénopathiques de l'hystérie comme dans toutes les autres manifestations de la maladie.

Mais c'est surtout ici que l'isolement des malades et leur dissémination sont absolument indispensables pour leur assurer des chances raisonnables de guérison. Séparée de son milieu habituel, plus d'une hystérique a complètement changé d'allures ; placée en contact avec d'autres personnes atteintes de la même névrose, elle verrait, au contraire, s'exaspérer tous les caractères de la maladie. C'est là, messieurs, le grand inconvénient, le véritable danger des grands services, où, dans un intérêt plus ou moins

scientifique, on accumule un nombre immense de ces névropathes. On s'y livre en grand à la culture de la maladie et de ses manifestations les plus dramatiques, et l'on perd absolument de vue le véritable intérêt des malades, qui, une fois entrées dans ces établissements, peuvent à bon droit abandonner toute espérance.

Nous allons maintenant nous occuper de l'état mental dans quelques autres névroses.

Si l'influence de l'hystérie et de l'épilepsie sur les troubles intellectuels est absolument incontestable et incontestée ; si l'on peut avec raison parler de la folie épileptique et de la folie hystérique, le rôle de la chorée est beaucoup plus modeste au point de vue psychologique, et la plupart des observateurs sont d'accord pour signaler la rareté des troubles intellectuels chez les choréiques, et pour reconnaître, chez la plupart de ces malades, un état absolument normal des fonctions intellectuelles.

Et cependant il existe ici, comme dans les autres névroses dont nous avons parlé, un tempérament morbide, un caractère éminemment spécial qui marque d'un cachet propre la plupart des choréiques ; et l'on pourrait, en se plaçant à ce point de vue, affirmer, non sans quelque apparence de raison, qu'il n'existe pas un seul choréique dont l'esprit ait complètement échappé aux atteintes de la maladie.

Lorsqu'on assiste aux premiers débuts de la chorée, on voit, surtout chez les jeunes enfants, se développer des changements de caractère. A mesure que l'incoordination du mouvement s'accentue et que la maladresse du sujet devient de plus en plus prononcée, on voit des troubles moraux et des déviations psychologiques se dessiner d'une manière assez nette pour attirer l'attention

même des parents les plus disposés à l'indulgence. On peut dire, en termes généraux, que ces malades sont insupportables, mais il faut préciser le sens de cette expression en entrant dans les détails qu'elle comporte.

Au premier degré, ce que l'on constate surtout chez les jeunes choréiques, c'est une irritabilité malsaine, qui se traduit par des colères violentes, à propos des contrariétés les plus futiles. En même temps il existe une extrême mobilité des idées. Les moindres courants suffisent pour changer la direction de l'esprit, et l'on voit les malades passer du rire aux pleurs, de la tristesse à la gaieté avec une facilité vraiment inquiétante.

Ce sont là, dira-t-on, des troubles légers ; mais au second degré de la maladie on assiste à des phénomènes plus graves.

C'est d'abord la mémoire, la plus fragile de toutes les facultés intellectuelles, qui subit l'influence morbide. Elle reçoit plus difficilement les impressions, elle les conserve moins fidèlement, et son amoindrissement est d'autant plus facile à constater qu'il coïncide avec la perte de la faculté d'attention, à laquelle Esquirol attachait une si grande importance en psychologie morbide.

Incapables de fixer leur attention pour apprendre, incapables de retenir ce qu'ils ont appris, ces enfants baissent rapidement parmi leurs camarades et tombent au dernier rang, lorsqu'à l'affaiblissement de l'attention et de la mémoire se joint l'amoindrissement de l'acuité intellectuelle. Ils se trouvent alors dans un état d'hébétude et d'engourdissement qui les rend presque semblables aux idiots.

C'est ici le cas de vous faire observer que beaucoup d'idiots sont choréiques et présentent d'autres troubles de la motilité. Je vous ai fait voir, il y a peu de jours, une jeune fille choréique dont la physionomie, assez agréable, semble

annoncer un degré d'intelligence que viennent démentir aussitôt sa manière d'être et son absolue incapacité. Cet enfant n'a jamais pu apprendre à lire, et bien certainement la chorée se rattache ici à un vice fondamental d'organisation cérébrale.

On rencontre aussi la chorée chez des enfants nerveux et irritables qui, sous une influence quelconque, sont devenus anémiques, et c'est là peut-être la véritable raison de l'énorme influence exercée sur cette névrose par le rhumatisme et les affections organiques du cœur.

Mais l'excitabilité exagérée des muscles volontaires coïncide chez eux avec une hypéresthésie de la peau sur laquelle Ludwig Meyer a attiré l'attention ; et cette hypéresthésie périphérique coïncide avec une hypéresthésie morale qui se retrouve au fond des troubles intellectuels que je vous signale ici.

L'excitabilité morbide, l'irascibilité peuvent aller jusqu'à un véritable état d'aliénation mentale sans conceptions délirantes, sans hallucinations et sans aucun trouble intellectuel proprement dit. On constate même chez certains malades un développement remarquable de l'intelligence.

Mon ami le docteur Mesnet m'a montré il y a quelques années un jeune choréique, âgé d'environ quatorze ans, qui présentait au plus haut degré le type de cet état morbide. Il était fils d'un cardiaque, d'un caractère extrêmement violent, et qui à la moindre contrariété déchirait les draps et les rideaux de son lit. Notre malade n'avait pas hérité de la cardiopathie de son père, mais il reproduisait avec exagération toute la violence de son caractère. A neuf ans il avait été très effrayé par l'entrée des troupes dans Paris, à la fin de la Commune ; il en était résulté un ictère

assez intense, et à peine guéri de sa jaunisse il était devenu choréique.

A mesure qu'il avançait en âge, il devenait de plus en plus difficile à vivre. Envoyé à l'école, il s'y montrait, au contraire, un élève fort intelligent et y remportait presque tous les prix. Mais en grandissant, il devenait incapable de supporter la moindre contrariété. Grossier avec ses parents, violent avec ses frères, il lui est arrivé plus d'une fois de renverser la table pendant un repas, de casser les carreaux, de frapper son père et son grand-père, et les petits enfants de la maison.

Enfin, l'excès de ces mauvais procédés a décidé ses parents à le faire interner. Quand nous l'avons vu, il était relativement calme depuis trois semaines, mais s'il évitait les accès d'emportement, il était sans cesse agité, ne pouvant pas rester en place, ni se livrer à un travail régulier. Toute contrainte lui était insupportable, toute attention prolongée lui était impossible. Le sommeil était troublé, il avait des rêves effrayants, il criait et parlait en dormant. Mais si l'équilibre des facultés intellectuelles était visiblement troublé chez lui, il ne présentait aucun symptôme d'une perversion du jugement. La mémoire et l'intelligence étaient plus actives que de coutume, et l'on ne pouvait pas appliquer à cet état intellectuel le nom de *folie :* c'était un impulsif et non un vésanique. Mais qui ne voit combien un pareil état intellectuel est éloigné de la normale ?

Nous avons appris depuis que ce jeune homme, aujourd'hui guéri, exerce la profession de *couvreur*, qui semble, au premier abord, peu appropriée à son état soit physique, soit intellectuel.

Cependant il est des choréiques chez qui l'on constate de véritables symptômes d'aliénation mentale ; et d'abord, on

rencontre chez certains d'entre eux de véritables hallucinations ; elles portent surtout sur le sens de la vue, comme chez les hystériques et les épileptiques. Elles sont surtout hypnagogiques, c'est-à-dire se produisant au moment même où commence le sommeil. Enfin elles ont toujours un caractère pénible et terrifiant. Quelquefois aussi il existe des hallucinations de l'ouïe, du toucher et du sens génital ; mais leur importance est beaucoup moins grande que celle des hallucinations visuelles.

A côté de ce phénomène, il existe un véritable délire de la phonation. Chez certains malades, il est des paroles, toujours les mêmes et souvent vides de sens, qui sont involontairement répétées par le sujet ; ce sont assez souvent des obscénités, quelquefois des injures grossières et toujours des absurdités. Un officier, cité par Arndt, s'écriait à chaque instant : *schwein urd*, expression grossière et vide de sens.

Une dame, fort connue dans la haute société parisienne, avait scandalisé tout le cercle de ses connaissances par des propos d'une crudité vraiment extraordinaire, qui lui échappaient à chaque instant. « Mes idées, disait-elle, sont des chevaux emportés que je ne puis maîtriser. » Arndt compare cet état à l'obsession démoniaque, état dans lequel les malades vomissent à chaque instant des blasphèmes et des grossièretés, contrairement à leur propre volonté.

Il est un point capital qui sépare ces malades des épileptiques, c'est que les troubles psychologiques s'amendent notablement quand l'intensité des mouvements choréiques diminue ; il n'y a point ici, comme dans l'épilepsie et dans l'hystérie, de balancement entre l'intensité des troubles intellectuels et celle des accidents convulsifs. C'est là un caractère dont l'importance ne saurait vous échapper.

Nous arrivons maintenant à la véritable folie choréique, telle que nous l'observons quelquefois dans les cas de chorée très intense.

La folie choréique peut se présenter sous trois formes principales.

La première est constituée par un délire incohérent avec excitation maniaque. Le malade s'abandonne à un mouvement perpétuel qui diffère psychologiquement de l'agitation de la manie en ce que les actes, ébauchés en quelque sorte, ne sont point accomplis ou du moins n'arrivent point à leur terminaison ; c'est un chaos d'impulsions contradictoires, sans but apparent, sans ordre et sans aucun plan.

Un trouble analogue s'observe dans les régions de l'intelligence ; il existe un chaos des idées, une incohérence absolue, accompagnée de mouvements involontaires et de coups portés au malade par lui-même. Ce délire s'accompagne de grimaces épouvantables, de contorsions et de paroles absolument dénuées de sens. On voit que le trouble intellectuel participe à la nature même de la chorée. Ajoutons qu'il peut guérir comme elle et par les mêmes moyens. Aussi, d'après Marcé, le pronostic est-il relativement favorable.

En second lieu, il existe une manie choréique décrite par Marcé, Russel et L. Meyer. Ce trouble psychologique, d'après Marcé, débute par les hallucinations, qui presque toujours affectent la vue. Il se caractérise par une agitation extrême, accompagnée d'actes violents. Le sujet déchire ses vêtements, frappe les murs et pousse des cris aigus ; le pouls est accéléré, la langue est sèche, et le malade est dans un état typhoïde qui présente quelques analogies avec le délire aigu fébrile.

Nous en citerons un exemple d'après L. Meyer (1). Une fille vigoureuse, de vingt-deux ans, domestique, couchait depuis quelque temps dans un logement humide. Un jour, sans autre prodrome, elle éprouve un violent mal de tête. Bientôt elle s'aperçoit que les mouvements de la main droite deviennent maladroits et peu sûrs. La chorée atteint les deux bras et tend à se généraliser. La malade est transportée à l'hôpital, où elle est mise en traitement pendant quinze jours, lorsqu'un délire violent, survenu brusquement, la fait transférer à l'asile des aliénés. Pendant quatre jours, elle reste en proie à une manie des plus violentes : elle crie, elle déchire ses vêtements, elle éprouve des terreurs paniques, enfin elle est tourmentée par des hallucinations de toutes sortes. Elle saute brusquement à bas de son lit, et veut enfoncer la porte de la salle, sous prétexte que sa mère l'appelle. Elle prétend que sa chemise la brûle, elle l'arrache et se met toute nue. De temps en temps, elle éprouve des accès de fureur, pendant lesquels elle fait les grimaces les plus épouvantables et se mord la face interne des joues et des lèvres.

Ces accidents ont pour cortège une fièvre intense, avec une insomnie absolue et une augmentation manifeste des mouvements choréiques, mais on ne constate aucun signe de rhumatisme.

La crise se produit au bout de quatre jours; il se forme une parotidite avec abcès. Les accidents nerveux disparaissent alors comme par enchantement, et, parvenue à la guérison complète, la malade quitte l'asile deux mois après son entrée.

Le cas que nous venons de rapporter peut être considéré comme un type de manie choréique. Cet état si grave se

(1) Westphal, *Archiv. für Neurologie*, etc., t. II, p. 537.

termine habituellement par la guérison, qui survient en général d'une manière lente et progressive, bien que le rétablissement de la raison puisse s'opérer brusquement, comme nous venons de le voir.

Dans les cas qui se terminent fatalement, l'autopsie révèle des phénomènes congestifs. On rencontre quelquefois de la méningite avec exsudation, et, dans un cas cité par Meynert, il existait des lésions du corps strié. Souvent aussi l'examen anatomique ne montre aucune lésion, et l'on est en droit de conclure à un trouble purement névropathique.

Une troisième forme de la folie choréique est celle qui prend le masque de la mélancolie. Leidesdorf décrit un état de mélancolie anxieuse, avec sentiment d'angoisse et hallucinations de la vue, qui s'unit à des accidents choréiques d'une grande intensité. Cette forme dépressive peut également donner lieu, d'après Arndt, à un véritable délire des persécutions.

D'une manière générale, le pronostic de la folie choréique est relativement favorable. Dans la plupart des cas, la maladie se termine, après un espace de temps variable, par la guérison. Notons cependant la fréquence des récidives et la possibilité d'une terminaison par la démence. Enfin, comme nous l'avons vu, dans les cas les plus aigus, la maladie peut se terminer par la mort.

Le traitement de la folie choréique comporte des indications générales qui se rattachent à la névrose prise en elle-même, et des indications spéciales qui s'appliquent au délire considéré à part. Dans les cas de manie aiguë, les bains tièdes, avec irrigations froides sur la tête, ont souvent donné des résultats favorables. On a préconisé, dans le même but,

les bains sinapisés. Dans les cas très violents, on a quelquefois administré le chloroforme en inhalations, mais cette pratique nous paraît dangereuse. En tout cas, nous préférons avoir recours aux antispasmodiques de toute espèce, et en particulier au tartre stibié associé à l'extrait aqueux d'opium. Plus tard, quand le malade, sorti de la période aiguë, semble atteint d'une torpeur profonde de l'intelligence, les toniques, le fer, les préparations phosphorées et le quinquina, seront naturellement indiqués.

Il est d'autres névroses qui peuvent jouer un rôle dans la production des maladies mentales. Nous nous contenterons pour le moment d'en signaler deux : le goître exophthalmique et la paralysie agitante.

Le goître exophthalmique s'allie très fréquemment à un état mental bizarre et manifestement irrégulier. Les malades sont fantasques, difficiles à vivre, portés à la colère et sujets à de violentes antipathies contre les personnes de leur entourage, et plus particulièrement contre ceux qui ont été l'objet de leur affection. Mais à ces inégalités de caractère peut succéder une véritable psychose. Le plus souvent cette maladie prend la forme d'une mélancolie avec agitation, souvent accompagnée d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ces accidents sont accompagnés d'angoisse précordiale, de vertige, et d'un sentiment vague d'inquiétude et de malaise.

Dans une autre forme, les symptômes sont ceux de la manie aiguë, avec agitation et besoin de mouvement.

Il est à remarquer que presque tous les cas de goître exophthalmique dans lesquels la folie a été observée se rapportent au sexe féminin, et dans plusieurs des observations qui ont été publiées, l'hystérie jouait évidemment un rôle

important. Il n'en est pas moins vrai qu'indépendamment de toute autre névrose, la maladie de Basedow peut incontestablement produire des troubles intellectuels.

La paralysie agitante, à son tour, peut se compliquer de folie. Presque tous les sujets atteints de cette maladie ont un caractère étrange, irritable et difficile. Mais, dans quelques cas qu'il m'a été donné d'observer, il existait un véritable état d'aliénation mentale, accompagné quelquefois d'illusions et d'hallucinations. D'autres observateurs ont confirmé, depuis, cette manière de voir.

Les troubles intellectuels de la paralysie agitante prennent tantôt la forme de la lypémanie ou du délire des persécutions, tantôt celle de la stupeur, avec affaissement intellectuel. Ces troubles ne sont pas permanents ; ils paraissent s'exagérer quand les accidents du côté de la sensibilité s'aggravent, et ils tendent, au contraire, à disparaître quand le tremblement diminue ou cesse absolument. Aussi ne sont-ils point fréquents à cette période, où la rigidité tend à remplacer la trépidation. En même temps, ils sont susceptibles d'être améliorés par tous les modes de traitement qui peuvent amener une sédation des troubles de la motilité.

Nous avons esquissé les troubles intellectuels qui se produisent dans les principales névroses, et nous croyons utile de faire ressortir, à cette occasion, les rapports intimes qui unissent ces troubles fonctionnels, ces maladies sans lésions, aux troubles psychologiques qui, à leur tour, ne laissent, le plus souvent, aucune trace de leur passage dans les régions intellectuelles de l'encéphale. C'est qu'il existe une connexion intime entre les troubles de la motilité et ceux

de la pensée; il existe incontestablement des états convulsifs de l'intelligence, et l'excitation portée sur un certain ordre de cellules des centres moteurs peut aisément se transporter sur les centres psychiques, et cela presque sans aucune transition. Le lien intime qui unit l'aliénation mentale aux troubles fonctionnels du système nerveux vient évidemment jeter une vive lumière sur le mécanisme qui produit ces états psychologiques et nous console, pour ainsi dire, de l'absence si souvent constatée de lésions anatomiques positives et précises (1).

Nous allons maintenant aborder l'étude des folies diathésiques, dans lesquelles une disposition générale de l'économie vient manifestement présider aux troubles de l'entendement et fournir une base plus évidemment matérielle aux désordres de l'esprit. Parmi les diathèses qui peuvent se lier à la folie, nous en avons choisi deux : le rhumatisme et la tuberculose, dont les rapports avec l'aliénation mentale feront l'objet de notre prochaine leçon.

(1) Nous avons simplement voulu signaler ici un fait d'observation clinique, sans nous embarquer dans aucune théorie.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

DE LA FOLIE CHEZ LES PHTHISIQUES.

Sommaire. — Historique du sujet. — Troubles intellectuels des phthisiques. — *Euphorie*. — Caractère difficile de certains tuberculeux. — Délire ultime des phthisiques. — Fréquence relative de la phthisie chez les aliénés. — Influence réciproque de la phthisie et de la folie ; preuves. — Marche parallèle des deux affections chez quelques sujets. — Alternance chez d'autres. — Hérédité morbide. — Caractères du délire. — Description. — Début. — Faux délire de persécution. — Etat de dépression traversé par des excès d'emportement. — Autres types. — Durée, pronostic, terminaison. — Lésions anatomiques. — Traitement.

Messieurs,

Depuis longtemps je m'efforce de vous démontrer l'influence exercée sur les troubles de l'intelligence par les diathèses et les maladies générales.

Aujourd'hui je me propose de vous entretenir de ce qu'on pourrait appeler *la folie tuberculeuse*, ou, pour parler plus exactement, *la folie chez les phthisiques*.

Mais, il ne faut pas se le dissimuler, le lien qui unit la phthisie à la folie est plus subtil, plus fragile et plus délicat que les autres, et, tandis que pour d'autres maladies il m'a été facile de vous montrer ces lésions anatomiques qui, dans un grand nombre de cas, viennent frapper les centres nerveux et se localiser au quartier général de l'intelligence, lorsqu'il s'agit de la tuberculose je n'ai plus la même satis-

faction à vous offrir. Sans doute, le tubercule, sous toutes ses formes, peut envahir les méninges et pénétrer dans le cerveau lui-même ; mais, vous le savez, l'expression symptomatique de ces lésions demeure presque entièrement en dehors du domaine psychique et vient se ranger tout naturellement, au point de vue clinique, dans le cadre des affections organiques de l'encéphale.

Il nous faut donc chercher nos preuves plus haut et plus loin ; il nous faut d'abord étudier ce que j'appellerai volontiers les perturbations *normales* du caractère et de l'intelligence chez les phthisiques ; nous vous montrerons ensuite la tuberculose chez les aliénés ; nous insisterons surtout sur les faits où l'on voit la phthisie et la folie entrer alternativement en scène et jouer, pour ainsi dire, le rôle de ces personnages qui, dans une seule et même action dramatique, revêtent tour à tour les costumes les plus divers; enfin, nous insisterons sur l'importance évidente de la diathèse tuberculeuse comme facteur héréditaire dans l'aliénation mentale, et c'est par là que nous terminerons notre démonstration.

Mais, avant d'aborder le corps même du sujet, vous me permettrez sans doute de me conformer à une habitude à laquelle je tiens essentiellement, et de rendre hommage à ceux qui nous ont ouvert la voie.

Si nous trouvons chez les anciens quelques indications sommaires ou, pour mieux dire, quelques allusions aux rapports entre la tuberculisation et la folie (1), c'est à notre

(1) On rencontre dans les œuvres de Mead une fort belle observation de folie phthisique. Nous la traduisons en l'abrégeant.

« Une jeune fille fut atteinte d'une toux violente, avec hémoptysie. Saignée abondamment, elle vit disparaître la violence des symptômes, qui cependant ne disparurent pas entièrement. Deux mois plus tard

grand maître Esquirol, et plus tard à son élève Georget, qu'appartiennent les premières notions nettes et précises au sujet de la sympathie mystérieuse qui réunit ces deux états morbides. Il faut également rendre justice aux travaux de Burrows et d'Ellis, en Angleterre, et de Friedreich, en Allemagne. Mais ces observateurs se sont presque exclusivement contentés de signaler la fréquence de la tuberculose chez les aliénés, et c'est surtout à l'illustre et vénérable Schrœder van der Kolk que nous devons la connaissance de ces substitutions si remarquables, qui permettent à l'une de ces deux maladies de remplacer l'autre et qui constituent l'un des meilleurs arguments à l'appui de notre thèse.

Nous mentionnerons enfin les travaux plus récents de Skae et Clouston, qui renferment des renseignements intéressants, au point de vue de la statistique.

Messieurs, il n'est assurément personne, parmi ceux qui

survint une fièvre hectique, accompagnée de soif, de chaleur, de transpirations nocturnes, d'un amaigrissement extrême et d'une expectoration muco-purulente. La malade, se voyant aux portes de la mort, commença à s'inquiéter du salut de son âme. Elle reçut la visite de ses directeurs spirituels... Accablée de terreurs mystiques, elle fut bientôt atteinte de folie religieuse. Jour et nuit elle voyait des démons, des flammes sulfureuses et d'autres images des tourments de l'enfer. Mais, à partir de ce moment, les symptômes de la maladie de poitrine commencèrent à s'amender; la chaleur fébrile disparut, l'expectoration cessa, les transpirations diminuèrent, et l'état général fut tellement amélioré, que ses forces semblèrent s'accroître à mesure que la raison s'affaiblissait... On traita cette maladie par les évacuants (administrés selon ce que la malade pouvait supporter) et par d'autres médicaments appropriés, et le résultat de ce traitement parut d'abord assez favorable pour laisser espérer une guérison. Malheureusement, vers le troisième mois, les accidents fébriles et les symptômes pulmonaires reparurent de nouveau, et la jeune fille mourut en état de consomption. » (*The Medical Works*, Richard Mead. Dublin, 1767, p. 368.)

ont approché les tuberculeux, qui n'ait été frappé de la singulière résignation avec laquelle ces malades semblent accepter leur sort, ou plutôt des étranges illusions qu'ils paraissent se faire sur l'état de leur santé. Cette disposition, connue à l'étranger sous le nom d'*euphorie* (εὐ φέρω, se bien porter), incline le malade à tout voir en rose et à se croire sur le chemin de la guérison lorsqu'il est aux portes de la mort. Pour moi, je l'avoue, c'est toujours un véritable sujet d'étonnement de voir le calme, l'indifférence et la sécurité avec lesquels un homme, dont les poumons sont ravagés, voit approcher sa fin, tandis que dans un lit voisin, un simple hémorrhoïdaire nous étourdit de ses ennuyeuses lamentations, et se déclare à chaque instant perdu. Il y a un tel contraste entre le stoïcisme des uns et la pusillanimité des autres, qu'il est impossible de ne pas voir dans cette corrélation étrange l'une des preuves les plus manifestes de l'influence du physique sur le moral.

Chez beaucoup de tuberculeux, qui se rendent parfaitement compte de leur état, il existe une sorte de résignation qui vient investir d'un charme poétique leurs derniers moments. On les voit, pour ainsi dire, s'avancer en souriant vers la mort, et c'est l'observation de ce fait, si profondément vrai, qui a tant inspiré de littérateurs et nous a valu tant de mauvaise littérature.

Mais lorsqu'elle est poussée au-delà de ses justes limites, lorsque surtout elle repose sur une appréciation erronée du véritable état des choses, l'*euphorie* semble constituer une forme particulière de délire. Je n'oublierai jamais un fait qui se rapporte aux souvenirs de ma jeunesse : j'étais allé voir un jeune homme de mes amis, parvenu au dernier degré de la phthisie pulmonaire. Je le trouvai profondément affaissé, mais plein de confiance dans l'avenir. Il allait,

disait-il, partir pour Alexandrie; de là il reviendrait en Europe, passerait à Constantinople, toucherait au Pirée et débarquerait à Marseille. Il se promettait une amélioration notable de sa santé à la suite de ce long et charmant voyage. Le lendemain, lorsque je revins prendre de ses nouvelles, j'appris qu'il était mort pendant la nuit. L'impression qui m'en est restée ne s'est jamais effacée de ma mémoire, et lorsque plus tard, comme médecin, j'ai vu de près des phthisiques, j'étais préparé d'avance à toutes les illusions dont se berce leur fantaisie.

Il existe cependant des poitrinaires qui pèchent par le défaut opposé et qui se laissent aller au découragement et à l'hypocondrie. J'en ai sous les yeux un frappant exemple en ce moment, chez une femme de mon service, à l'hôpital Laennec. Mais ces exceptions sont excessivement rares, et c'est incontestablement l'euphorie qui prédomine.

Les dispositions d'esprit que je viens de vous signaler frisent le délire, sans l'atteindre absolument. Ce qui semblerait s'en rapprocher davantage, c'est l'extrême irritabilité, c'est la susceptibilité morbide de certains tuberculeux, dont le caractère difficile est un sujet d'angoisse pour tous ceux qui les entourent. Rien ne semble leur plaire, tout paraît les froisser; on s'en débarrasse le plus souvent en leur conseillant un séjour prolongé dans le Midi.

Enfin, il est incontestablement des phthisiques qui semblent, au cours de leur maladie, avoir perdu toute espèce de sens moral, qui s'abandonnent aux penchants les plus vicieux, vivent d'escroquerie et subissent manifestement, au point de vue psychologique, une influence morbide.

Reste le véritable délire des phthisiques, celui qui marque les approches immédiates de la mort. Lorsqu'au cours d'une tuberculisation pulmonaire déjà suffisamment avancée, on

voit survenir ce symptôme terminal, on peut, avec certitude, prédire hardiment la fin dans quelques jours, ou tout au moins dans un court espace de temps. C'est l'expression cérébrale de l'asphyxie, c'est la dernière manifestation d'un cerveau grisé par l'acide carbonique qui circule dans ses veines, mais, en définitive, ce n'est point de la folie. Le caractère vague, flottant, mal défini de ce délire, les hallucinations de la vue qui l'accompagnent volontiers, le rapprochent des délires toxiques et suffisent pour nous éclairer sur sa véritable origine.

Dans les considérations qui précèdent, je vous ai montré les troubles intellectuels qu'on observe chez les tuberculeux vulgaires, si je puis ainsi m'exprimer. J'arrive maintenant aux véritables aliénés. Il est évident que la première question qui se présente à l'esprit est la suivante : *La phthisie est-elle plus fréquente chez les fous que chez les gens d'esprit sain?* Esquirol n'aurait point hésité à répondre par l'affirmative. Pour lui, la phthisie existe chez un tiers des mélancoliques, et, d'après Clouston, cette maladie serait deux fois plus fréquente chez les aliénés que dans la population ordinaire.

L'opinion contraire a été soutenue par Hagen, qui admet chez les aliénés, d'après une statistique recueillie à Berlin, une proportion de 25 pour 100 de phthisiques, absolument comme chez la population de la ville, et Cotton, médecin de l'hôpital des phthisiques de Londres, fait observer à ce sujet que, parmi ses malades, il n'existe que fort peu d'aliénés.

Mais laissons de côté ce point controversé pour nous occuper des faits vraiment probants. La statistique n'a point qualité pour résoudre ces questions, et l'on peut vraiment dire ici, *non numerandæ sed perpendendæ observationes.*

Il ne s'agit pas en effet d'établir que la phthisie est fréquente chez les aliénés; le fait, s'il était vrai, pourrait s'expliquer de mille manières différentes. Il s'agit de prouver que, dans certains cas, il existe entre la phthisie et la folie une corrélation de cause à effet. Les arguments principaux que nous indiquerons à l'appui de cette thèse sont au nombre de trois :

1° Chez plusieurs sujets, les deux affections suivent une marche parallèle. La tuberculisation se développe chez l'aliéné et suit son cours, pendant que l'évolution de la maladie mentale s'accomplit. Souvent aussi la phthisie est latente chez les aliénés, et, comme le fait observer Hagen, ils offrent souvent cette forme spéciale de la maladie à laquelle les Anglais ont donné le nom de *florid consumption*, et dans laquelle l'aspect extérieur du malade et la coloration du visage offrent un contraste frappant avec les renseignements fournis par l'auscultation. On peut rapprocher de ce fait les violentes hémoptysies dont Schröder van der Kolk a signalé l'existence chez des aliénés qui ne présentaient aucun signe d'une maladie de poitrine. Quelquefois même les deux affections, s'entraînant mutuellement pour ainsi dire, suivront une marche beaucoup plus rapide. Dans les cas où l'on voit éclater simultanément les deux états morbides, la mélancolie peut imprimer à la tuberculose une évolution précipitée et la tranformer en phthisie galopante. Les auteurs anglais en ont cité d'assez nombreux exemples.

2° La phthisie et la folie peuvent obéir à la loi d'alternance et se remplacer mutuellement.

Il n'est point rare de voir un aliéné, après la guérison de sa maladie mentale, offrir tout à coup des symptômes de tuberculose, qui s'arrêtent, si la folie reparaît, et qui

suivent leur cours ordinaire, si la raison maintient son empire.

Dans un cas observé par Schröder van der Kolk, un jeune homme, après avoir passé trois ans en état de stupeur, parvint à une guérison assez complète pour pouvoir se marier; mais, peu de jours après, il fut pris d'une violente hémoptysie et mourut poitrinaire un an plus tard. La sœur de ce jeune homme eut un accès de manie dont elle guérit; mais, peu de temps après, elle mourut aussi d'une phthisie pulmonaire.

Le cas contraire peut également être observé. L'affection pulmonaire se développe et semble destinée à suivre son évolution habituelle, lorsque tout à coup le délire éclate, et, à partir de ce moment, les signes physiques et les symptômes rationnels de la phthisie disparaissent et la santé générale semble s'affermir.

J'ai donné des soins à la femme d'un honorable praticien de Paris, qui présentait, de la manière la plus évidente, les signes d'une tuberculisation déjà fort avancée au sommet du poumon gauche. Contrairement à notre attente, cette maladie parut rétrograder, les signes physiques s'amendèrent et la santé générale devint excellente, mais en même temps on vit se dessiner un caractère vraiment atroce. Persécuté sans trêve par sa femme qui l'accusait bien à tort de commettre des écarts que les habitudes laborieuses de sa vie rendaient impossibles, le malheureux médecin se vit soupçonné, surveillé, vilipendé. On faisait des visites à ses clients pour l'accuser de torts absolument imaginaires; on lui tendait des pièges; on l'obligeait à se lever au milieu de la nuit pour courir chez des clients qui ne l'avaient point demandé; on brûlait ses papiers, on déchirait ses factures, on cherchait par tous les moyens à lui

nuire. On en vint enfin à l'accuser formellement d'une tentative d'empoisonnement. Le pauvre mari, qui depuis longtemps regrettait d'avoir guéri sa femme, se vit réduit à la misère et finit par mourir de fatigue et de chagrin. Sa femme vit encore et jouit au point de vue physique d'une excellente santé; son état psychologique est toujours le même, et l'un de ses fils a été enfermé dans un asile d'aliénés.

Il s'agit évidemment ici d'un cas de folie lucide, développé à la suite d'une phthisie guérie et paraissant en quelque sorte se substituer à la maladie primitive et usurper sa place. Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels, et Skae, dont je vous ai déjà cité les travaux, prétend que, dans des cas bien avérés de *folie tuberculeuse*, il n'est point rare de voir alterner plusieurs fois de suite les deux affections. C'est ainsi qu'une hémoptysie survenant brusquement au cours d'une maladie mentale ferait cesser pendant un certain espace de temps les troubles intellectuels.

Ces oscillations morbides ne sont point le privilège exclusif des deux maladies dont nous venons de parler. Elles peuvent également se montrer dans le cours de certaines affections voisines, soit de la phthisie, soit de la folie. Schröder van der Kolk a vu guérir un cas de démonomanie chronique à la suite d'une phthisie laryngée, dont les progrès finirent par emporter le malade. Guislain rapporte un cas des plus remarquables dans lequel un accès de mélancolie profonde, avec mutisme obstiné, fut provoqué chez une femme par une frayeur subite. Quatre ans plus tard, elle fut prise d'une bronchite, et la mélancolie disparut; mais la bronchite une fois guérie, la mélancolie revint, et ces alternances morbides continuèrent à se produire à plusieurs reprises différentes.

J'avais dans mon service à l'hôpital Laennec une jeune femme atteinte d'épilepsie depuis quatre ans. A la suite d'un traitement approprié, les attaques se sont d'abord éloignées, puis ont fini par disparaître, mais en même temps des signes évidents de tuberculisation se sont manifestés. Depuis quelques mois, l'état pulmonaire s'est notamment amendé; mais les accès d'épilepsie sont revenus et le caractère de la malade est devenu tellement insupportable, qu'il a fallu la renvoyer de l'hôpital.

Il est à peine nécessaire d'insister sur l'importance de ces faits; c'est le propre des diathèses, c'est le propre des maladies générales de se porter successivement sur divers points et de menacer tour à tour des régions fort éloignées de l'économie. La goutte remonte à l'estomac quand elle abandonne les articulations, et l'on sait que, chez un goutteux, l'un des meilleurs moyens de faire cesser une migraine habituelle, un état d'affaissement cérébral, c'est de ramener la fluxion vers les jointures. C'est là, Messieurs, de la vieille médecine, comme on dit aujourd'hui; mais cette vieille médecine, fondée sur l'observation clinique, loin d'être en contradiction avec la science moderne, puise une force nouvelle dans les connaissances plus étendues que nous possédons aujourd'hui.

3° L'hérédité morbide, envisagée non seulement chez l'individu, mais dans sa famille, vient nous prêter un nouvel appui. On rencontre assez souvent la phthisie chez les parents ou les descendants des aliénés, et l'on peut alors invoquer la transmission directe; mais il est peut-être plus fréquent de rencontrer cette association morbide chez les collatéraux, et la preuve n'en est que plus frappante et plus irrésistible. Dans une seule et même famille, Schrader van der Kolk a vu plusieurs frères et sœurs devenir alié-

nés, tandis que les autres mouraient poitrinaires. Je retrouve dans mes souvenirs personnels de nombreux faits de ce genre.

Nous avons en ce moment à la Clinique une femme atteinte de paralysie générale, qui fait partie d'une famille de treize enfants. Sur ce nombre, quatre sont morts phthisiques, cinq ont succombé à la méningite ou sont morts de convulsions en bas âge, deux ont été emportés par la variole; il n'en reste que deux vivants, la malade, et sa sœur, qui jouit d'une bonne santé, mais qui a perdu quatre enfants de méningite.

Ainsi donc, sur treize enfants, nous en voyons quatre verser dans la phthisie, six dans la folie ou les affections cérébrales, et le seul membre bien portant de la famille a des enfants frappés eux-mêmes du vice héréditaire.

Enfin, si les phthisiques ont parfois des enfants aliénés, il n'est pas rare de voir des enfants de fous mourir poitrinaires, tout en conservant jusqu'au dernier soupir une raison absolument irréprochable.

Je crois, messieurs, vous avoir administré des preuves suffisantes pour établir la corrélation entre la tuberculose et la folie. Il faut maintenant aborder un ordre d'idées différent, et nous demander quels sont les caractères du délire dans la folie tuberculeuse, s'il est vrai qu'elle se distingue au point de vue psychologique des autres vésanies.

Pour Clouston, la question doit être résolue par l'affirmative; il va jusqu'à prétendre que la seule étude des troubles psychiques permet d'établir le diagnostic de la folie tuberculeuse. Nous allons en reproduire, d'après cet observateur, les traits les plus caractéristiques.

Le début de la maladie s'annonce comme une manie ou

une mélancolie. On observe de l'excitation ou de la dépression ; mais bientôt la période aiguë s'éteint, et le malade tombe dans l'état chronique. Il présente une disposition d'esprit toute spéciale. Il est en proie à une irritabilité morbide, à une mauvaise humeur continuelle. Il est atteint de la manie du soupçon (*mania of suspicion*). Il présente, pour ainsi dire, un faux délire de persécutions.

Il existe en même temps une sorte de paresse intellectuelle, une aversion profonde pour le travail, une horreur du mouvement.

Cet état de dépression est souvent traversé par des accès d'emportement. Sans aucun motif, le malade se met en colère ; mais son irritation ne dure pas longtemps.

Peu à peu, le sujet verse dans la demi-démence, coupée quelquefois par des intermittences périodiques ; des éclairs d'intelligence viennent parfois traverser l'obscurité, et c'est surtout chez les aliénés phthisiques que l'on constate le retour complet de la raison aux approches de la mort qui a été constaté par tant d'observateurs.

Cette description est sans doute exacte dans un grand nombre de cas, mais on aurait tort de la considérer comme l'expression absolue de la vérité. J'ai pu moi-même vous indiquer quelques faits dans lesquels l'expression du délire était loin de répondre au type esquissé par l'auteur anglais.

Détail curieux : la phthisie peut exister, quoique rarement, chez les paralytiques généraux ; on observe alors un délire mélancolique avec dépression, au lieu de ce délire expansif avec idées ambitieuses, qui est de règle chez ces malades.

L'état physique est caractérisé par l'atonie des fonctions

nutritives. L'appétit est nul; le pouls est faible et lent, et les malades une fois tombés en démence n'engraissent point comme les autres aliénés.

La durée de la maladie ne dépasse guère trois ans, et son pronostic est de la plus triste gravité, d'abord au point de vue mental, ensuite et surtout au point de vue physique. La terminaison est presque nécessairement fatale, et quand le malade guérit de sa folie, il meurt de phthisie pulmonaire.

Cependant Schröder van der Kolk prétend avoir observé des cas de guérison complète, mais cet excellent homme était un optimiste incorrigible, et le scepticisme n'était pas au nombre de ses vertus.

Il nous reste à parler des lésions anatomiques de la folie tuberculeuse, s'il en existe. D'après Schüle, on trouve chez plusieurs sujets une hyperémie veineuse des méninges, avec anémie de la substance corticale sous-jacente. Le cerveau est pâle et œdématié, et présente, par places, une vascularisation irrégulière. Au microscope, on constate l'infiltration graisseuse et la rupture de quelques cellules corticales.

Un fait plus important, s'il est exact, est signalé par Clouston. Le poids spécifique de la substance grise serait extrêmement amoindri.

En somme il s'agit d'un cerveau pauvre, anémique, mal nourri, et ces conditions suffisent chez des sujets prédisposés pour déterminer l'explosion de la folie.

Quant aux oscillations si remarquables entre les progrès de la phthisie et la marche de l'aliénation mentale, elles s'expliquent par la grande loi pathologique de la révulsion. Une action morbide développée sur un point entrave la marche du processus morbide partout ailleurs. C'est ainsi,

comme le disait notre illustre maître, le professeur Bouillaud, que l'apparition de l'endocardite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu produit, sur les articulations malades, un effet analogue à l'application d'un vésicatoire.

Il me paraît donc absolument inutile d'invoquer, comme le voudraient certains auteurs allemands, une irritation portée tantôt sur les origines du pneumo-gastrique (phthisie), et tantôt sur celles du grand sympathique (folie). Est-il bien nécessaire de faire intervenir ici ces deux grands personnages pour jouer leur comédie accoutumée?

Quant au traitement, il est facile d'en poser les règles : sans s'occuper de l'état psychologique, il faut surtout songer à combattre la diathèse et ses manifestations locales.

Les analeptiques, le phosphate de chaux, une alimentation généreuse et facilement assimilable, les révulsifs et les hémostatiques, tels sont les principaux moyens que la thérapeutique met à notre disposition. C'est au médecin qu'il appartient, dans chaque cas particulier, d'en régler sagement l'emploi, sans se faire illusion d'ailleurs sur le sort qui attend le malade.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

DE LA FOLIE RHUMATISMALE.

SOMMAIRE. — Métastases dans le rhumatisme articulaire. — Deux formes du rhumatisme cérébral. — Forme aiguë et ses deux variétés. — Excitation ou forme méningitique. — Dépression ou forme apoplectique. — Forme chronique ou folie rhumatismale, sa fréquence. — Caractère acerbe des rhumatisants. — Mode de début de la folie rhumatismale.— Dépression. — Hallucinations. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Mouvements choréiformes. — Paralysies plus ou moins limitées. — Cachexie. — Coexistence fréquente des maladies du cœur et du péricarde. — Alternance du délire et des manifestations articulaires. — Marche. — Terminaison. — Durée. — Récidives. — Pronostic. — Lésions anatomiques. — Causes du rhumatisme cérébral. — Sexe. — Age. — Alcoolisme. — Affections cardiaques. — Influence du traitement. — Prédispositions individuelles. — Hérédité. — Causes morales. — Traitement de la folie rhumatismale.

MESSIEURS,

Parmi les affections diathésiques dont l'influence peut retentir sur l'encéphale, le rhumatisme mérite une place d'honneur, moins encore par la fréquence que par la netteté de ses manifestations.

Nous n'en sommes plus en effet à discuter l'existence du rhumatisme cérébral, dont quelques sceptiques se sont trop longtemps obstinés à nier la réalité ; nous savons que, comme tous les autres viscères, le cerveau peut souffrir, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, et cela non par l'effet d'une vague et mystérieuse sympathie, mais par suite de lésions manifestes qu'il est souvent, sinon toujours possible, de reconnaître à l'autopsie.

Parmi ces manifestations morbides, il en est une, messieurs, qui, comme aliénistes, nous intéresse tout spécialement, je veux parler de cette singulière vésanie qui porte le nom de *folie rhumatismale*, et qui n'est autre chose, en réalité, que la forme chronique du rhumatisme cérébral.

Messieurs, le grand caractère de toutes les manifestations locales du rhumatisme articulaire, c'est leur extrême mobilité ; c'est la facilité avec laquelle on les voit se transporter avec armes et bagages d'un point sur un autre.

Le rhumatisme saute d'une articulation sur une autre et la première articulation se dégonfle et s'assouplit, pendant que la seconde se tuméfie et se raidit.

Le rhumatisme saute d'une articulation sur un viscère, le cœur, par exemple, et, comme l'a fort bien vu Bouillaud, l'articulation se décongestionne en pareil cas.

Le rhumatisme saute enfin d'une articulation sur le cerveau, et l'on voit alors se produire un dégonflement des plus remarquables. Je me souviendrai toujours d'un malade que j'ai vu à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Moissenet, dont j'étais alors l'interne. Il présentait un rhumatisme articulaire avec gonflement énorme des deux genoux. Il souffrait très vivement, lorsque tout à coup la douleur cessa, le malade se mit à délirer et courut dans la salle sans se soucier le moins du monde de ses articulations malades dont la tuméfaction avait complètement disparu. Le lendemain il était repris de ses douleurs articulaires et le délire avait cessé.

Sans doute la *métastase* n'est pas toujours aussi franche, mais presque toujours les troubles cérébraux amènent un dégorgement articulaire.

Transporté sur l'encéphale, le rhumatisme affecte deux formes, l'une aiguë, l'autre chronique.

La forme aiguë comporte deux variétés, ce sont :

L'excitation ou forme méningitique ;

La dépression ou forme apoplectique.

Dans la forme méningitique, l'explosion du délire est habituellement précédée par un stade précurseur ; le malade éprouve du malaise, de l'angoisse, des terreurs ; la température s'élève, le pouls s'accélère, les douleurs articulaires disparaissent, puis survient une céphalalgie souvent accompagnée d'irritabilité, d'agitation, d'insomnie et quelquefois au contraire de somnolence. Après ces prodromes et quelquefois sans prodromes, on voit brusquement éclater un délire loquace, tantôt calme, tantôt bruyant. Quand le délire est calme, le malade murmure des paroles inintelligibles ; il semble se parler à lui-même comme dans la fièvre typhoïde. Interrogé, il répond, mais d'une manière vague, et ses idées paraissent incohérentes. Il éprouve manifestement des hallucinations de l'ouïe et soutient une conversation avec des êtres imaginaires.

Quelquefois cette phase est caractérisée par de l'engourdissement et de la stupeur. Quand le délire est violent, on observe une loquacité extrême, souvent accompagnée d'un bégaiement qui ressemble à celui de la paralysie générale. Le malade chante, crie, vocifère et se livre quelquefois à des violences : il tombe à bras raccourcis sur ses voisins, brise tout ce qu'il rencontre et cherche à sauter par la fenêtre. Ce tumulte intellectuel est accompagné de deux phénomènes très curieux : d'abord un tremblement qui simule absolument celui des ivrognes, au point de causer souvent des erreurs de diagnostic ; ensuite, une insensibilité manifeste ; les malades font jouer leurs articulations rhumatisées et ne paraissent éprouver aucune douleur, absolument comme dans le délire nerveux des opérés.

Souvent on observe des mouvements convulsifs généraux et partiels, quelquefois même de la chorée.

En même temps le pouls s'affaisse, devient petit, misérable, fréquent; la peau se couvre d'une sueur abondante à laquelle succèdent souvent des éruptions diverses. La température est très élevée, mais avec une différence marquée entre la température axillaire et celle que l'on constate dans les cavités de l'économie. Tandis que dans l'aisselle, on constate 39 ou 40 degrés, dans le rectum il peut y avoir 43 ou 44 degrés, et même dans un cas on a constaté 44° 6.

Un état aussi grave ne saurait durer longtemps. La maladie se juge en quelques heures ou en quelques jours : après quelques rémissions suivies d'exacerbation, on voit arriver l'affaissement, la somnolence et le coma, bientôt suivis de mort. Cependant la guérison est possible, ainsi que le passage à l'état chronique : ce dernier point nous intéresse tout spécialement.

Dans la forme apoplectique (apoplexie rhumatismale de Stoll), les choses se passent d'une façon quelque peu différente. Je n'aurai point ici à vous faire une longue description, car le drame est bien court. A la suite de quelques prodromes (céphalalgie, vertige, délire) ou quelquefois sans prodromes, le malade tombe dans un coma profond, le pouls s'affaisse, la température s'élève, et la mort survient dans un très court espace de temps, quelquefois une heure ou deux.

Tels sont, messieurs, les accidents aigus du rhumatisme cérébral. Je ne m'arrêterai pas à décrire les lésions anatomiques qui leur correspondent et qui sont aujourd'hui bien connues; mais cette préface m'a paru indispensable à l'étude de l'état chronique, ou folie rhumatismale, car le rhumatisme cérébral est *un*, et les divers types qu'on s'est efforcé de décrire ne sont que de simples variétés.

Messieurs, la folie rhumatismale a été signalée pour la première fois par Leuret, en 1845, dans une brochure consacrée au traitement moral de la folie (1). Il en donne une observation fort précise : mais c'est surtout à mon ami et collègue M. Mesnet et à Griesinger que revient le mérite d'avoir créé cette maladie. Depuis lors, un grand nombre d'auteurs ont enrichi la science de leurs observations à cet égard. Nous citerons Morel, Fleming, Fraser, Simson, Simon et Maréchal (1876).

La folie rhumatismale est donc une espèce morbide nettement reconnue; mais est-elle fréquente? Évidemment non, car dans toute ma pratique je n'en ai vu que quatre exemples. Simon prétend qu'on la rencontre une fois sur 400 aliénés et une fois sur 100 rhumatisants. Ces chiffres sont visiblement exagérés, et la statistique n'a certainement rien à faire ici.

Mais ce qui est bien plus intéressant, c'est de constater le caractère acerbe des rhumatisants, même à l'état normal. Un aliéniste distingué, que nous avons eu récemment la douleur de perdre, Faure, a publié il y a quelques années un intéressant travail sur cette question. Il fait observer, avec raison, que chez la plupart des vieux rhumatisants il existe une tendance à voir les choses en noir, à tout prendre par les mauvais côtés et à manifester dans bien des circonstances une véritable lypémanie. Parmi les exemples qu'il en rapporte, je n'en veux retenir qu'un seul. Un homme parvenu à une position distinguée apprend qu'il vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur. Il court

(1) *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie.* Mémoire lu à l'Académie royale de médecine, le 2 décembre 1845. Paris, 1846, p. 10.

tout joyeux chez sa mère qui rougit en apprenant la nouvelle, et s'écrie : « Il y a juste aujourd'hui trente-trois ans et sept jours que votre père est mort ! » En faisant appel aux souvenirs les plus douloureux de la vie de famille, dans une circonstance où tout semblait la convier à la joie, elle donnait une preuve manifeste de l'influence que le rhumatisme chronique, dont elle était depuis longtemps affligée, avait exercée sur son esprit (1).

Nous allons aborder maintenant la description de la maladie. Lorsqu'on entreprend l'étude d'une forme spéciale d'aliénation mentale, trois questions se présentent et doivent logiquement se présenter à l'esprit. Il s'agit de savoir :

1° Si le délire présente un type spécial ;

2° Si la marche, la durée et les terminaisons de la maladie offrent des caractères particuliers qui lui assurent une place à part dans le cadre psychologique ;

3° Enfin, s'il existe un certain rapport entre les symptômes observés pendant la vie et les lésions constatées après la mort.

A ces trois questions, messieurs, je crois pouvoir répondre par l'affirmative, du moins dans les limites que la prudence nous engage à ne point franchir. Je ne prétends pas, à coup sûr, vous offrir le tableau d'une affection aussi nettement caractérisée que la paralysie générale, mais j'espère vous prouver qu'en s'en tenant aux grandes lignes, en prenant les choses de haut et en considérant l'ensemble plutôt que les détails, on peut arriver à saisir, dans la folie rhumatismale, une physionomie suffisamment individuelle pour mériter une place à part.

(1) Faure, *Influence du rhumatisme sur le caractère* (*Arch. gén. de médecine*, 1871, VIe série, t. XVIII, p. 306).

D'une manière habituelle, la folie rhumatismale débute au déclin des accidents articulaires, quelquefois même lorsque les articulations sont complètement guéries (Delioux). Tantôt alors le malade éprouve un délire violent, qui se calme bientôt pour faire place à une folie plus douce, tantôt, au contraire, les troubles intellectuels revêtent, dès le principe, la forme qu'ils doivent conserver pendant toute leur évolution.

Quel que soit d'ailleurs le mode de début, le type du délire, dans la folie rhumatismale, n'est point celui de l'excitation, mais bien celui de la dépression.

Presque tous les malades, arrivés à la période d'état, sont lypémaniaques. Celui-ci prétend qu'il est déjà mort, qu'il n'a plus besoin de rien, qu'il est inutile de s'occuper de lui (Delioux). Celui-là, en proie à des terreurs imaginaires, se croit toujours en danger immédiat de mort ; un troisième éprouve des alternatives d'excitation et de dépression, de gaieté et de tristesse sans aucun motif. Un autre, enfin, verse graduellement dans l'apathie, cesse de répondre aux questions qu'on lui adresse, et tombe en état de stupeur complète.

Ainsi, dans presque la totalité des cas, nous constatons la dépression, la mélancolie et l'affaissement. A ces dispositions morbides, se joignent parfois des idées de persécution, tantôt vagues, tantôt plus nettement définies. L'une des malades que j'ai observées croyait qu'on voulait l'empoisonner et refusait les aliments.

Tel est le premier caractère de la folie rhumatismale. On peut saisir, dans cet état grave des facultés intellectuelles, une certaine analogie avec des troubles psychologiques beaucoup moins accentués, qui se rencontrent souvent dans le rhumatisme chronique.

On peut opposer à ces dispositions morales du rhumatisant celles que l'on rencontre chez le goutteux. Celui-ci est irritable et colérique, mais porté à la gaieté dans ses bons moments, surtout quand l'accès est passé. Il éprouve alors une détente, une sensation de bien-être physique et moral, et ses facultés intellectuelles prennent librement leur essor.

Passons au deuxième caractère. La folie rhumatismale est accompagnée d'hallucinations nombreuses qui portent plus spécialement sur la vue, mais qui peuvent également atteindre l'ouïe, le goût, l'odorat et le sens tactile. La première malade que nous avons observée avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle voyait des personnes qui lui adressaient des paroles outrageantes. La malade de M. Mesnet, qui avait des hallucinations de la vue, se croyait dans un bain de feu. Enfin un sujet, observé par M. Christian, voyait les objets agrandis, son lit lui paraissait être à une telle hauteur au-dessus du parquet qu'il n'osait pas en descendre de peur de tomber.

Ainsi, la folie rhumatismale est accompagnée d'hallucinations très prononcées et, sous ce rapport, elle se distingue nettement de certaines autres formes de délire ; mais on peut se demander si les hallucinations coïncident avec des lésions cardiaques. Nous répondrons qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'on ne saurait poser à cet égard aucune règle absolue.

Le troisième caractère de la folie rhumatismale est un affaiblissement des facultés intellectuelles, toujours sensible et quelquefois permanent. La mémoire est surtout atteinte et les autres facultés peuvent également s'affaiblir ; l'un des malades de Griesinger est resté à peu près imbécile, quoique pouvant encore travailler. Watson cite un

cas dans lequel il existait une sorte de folie circulaire ; le malade oscillait entre l'idiotie et la fureur.

Le quatrième caractère de la folie rhumatismale est de s'accompagner de mouvements choréiformes, que nous avons déjà signalés dans le rhumatisme cérébral aigu. Quelquefois aussi on observe des paralysies plus ou moins limitées (Rosenthal).

Le cinquième caractère est une cachexie souvent profonde qui s'empare des malades et peut les conduire à la mort.

Le sixième caractère est la coexistence fréquente des maladies du cœur ou du péricarde : la corrélation entre ces deux états a été signalée par Mesnet, Fuller, Watson, Burrows, Griesinger, Dibson et Reynolds. Ce dernier auteur (1) fournit la statistique suivante : sur 27 cas de rhumatisme articulaire aigu accompagnés de folie, on a trouvé six fois de la péricardite, vingt et une fois de l'endocardite (six fois sans péricardite) et cinq fois aucune lésion cardiaque. La chorée se trouvait associée à l'endocardite dans six cas.

Sans attacher une importance exagérée à ces chiffres, nous croyons qu'ils suffisent pour montrer que la folie rhumatismale coïncide très souvent avec des lésions du cœur.

Nous arrivons au septième et dernier caractère. On constate dans quelques cas une alternance évidente du délire avec les manifestations articulaires du rhumatisme (Mesnet). C'est une vraie métastase dans le sens des anciens.

Nous avons indiqué les traits distinctifs de la maladie ; nous allons maintenant nous occuper de la seconde question relative à sa marche, sa durée et ses terminaisons.

(1) Reynolds, *System of Medicine*, vol. IV, p. 286.

Le délire rhumatismal débute à une période très variable de la maladie principale. Le terme le plus court serait le huitième jour ; le terme le plus éloigné, la fin du deuxième mois. On peut en conclure qu'à presque toutes les périodes de son évolution, le rhumatisme peut donner lieu à la vésanie. Le point le plus important à cet égard, ce sont les rapports des manifestations articulaires avec l'apparition du délire. Le plus souvent, quand les troubles psychologiques éclatent, on voit disparaître ou du moins s'atténuer les phénomènes articulaires. Quelquefois même ils avaient cédé depuis longtemps. Quelquefois cependant les accidents articulaires persistent même pendant le délire, mais c'est là, messieurs, l'exception et non pas la règle.

La folie se montre souvent au cours du rhumatisme subaigu, mais elle est plus fréquente dans les cas où le rhumatisme présente une grande intensité.

Une fois établie, la folie rhumatismale peut marcher, après une période d'état plus ou moins longue vers la guérison ou la mort. La guérison s'observe dans la majorité des cas (trois fois sur cinq). Lorsqu'elle doit se produire, on assiste à une atténuation progressive du délire. On voit tomber l'agitation, on voit cesser les hallucinations. Enfin la raison reprend graduellement son empire.

La guérison peut être complète et radicale, comme dans le cas de M. Mesnet ; mais, dans la plupart des cas, il reste un brouillard, un voile sur l'intelligence, comme à la suite de la fièvre typhoïde.

Lorsque, au contraire, le malade doit mourir, il succombe surtout aux progrès de la cachexie. Quelquefois le sujet tombe dans un coma dont il ne doit jamais sortir.

Entre la guérison et la mort se place un terme intermédiaire, c'est la démence, à laquelle peut aboutir la folie

rhumatismale, comme la plupart des autres vésanies.

La durée de la maladie varie de trois semaines à trois ou quatre mois. Lorsqu'elle se prolonge au-delà de ce terme, c'est presque toujours pour aboutir à la démence. Toutefois le délire peut être interrompu par de courts intervalles de lucidité, comme j'ai eu l'occasion de l'observer.

Enfin, il peut se produire des récidives après une longue période de santé. M. Christian rapporte le cas d'un malade qui fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. Trois semaines après le début de la maladie, il fut pris d'un violent accès de manie. Le délire disparut après quelques heures, mais pour revenir bientôt. Le malade, après quelques semaines, fut en état de reprendre son travail pendant un certain espace de temps ; mais une nouvelle rechute amena une crise de manie aiguë, dont il ne tarda pas à mourir. J'ai eu l'occasion d'observer une femme, qui, après une première attaque de manie rhumatismale, présentait tous les ans, vers la même époque, un nouvel accès de folie, sans qu'il fut possible d'incriminer directement le rhumatisme.

Le pronostic de la maladie est relativement favorable. Cependant, il existe à cet égard des divergences très prononcées entre les auteurs. Contentons-nous de savoir que la folie rhumatismale est curable, mais qu'elle expose cependant le malade à de sérieux dangers et qu'elle menace tantôt la raison, tantôt la vie elle-même.

Nous arrivons maintenant à la troisième question que nous nous étions posée. Quelles sont les lésions anatomiques qui correspondent aux symptômes observés ?

Nous sommes obligés de reconnaître que dans plusieurs cas on n'a rencontré aucune lésion apparente, et que même, dans les cas où des lésions ont été notées, le cerveau est presque toujours sain. Il existe une effusion séreuse dans la cavité arachnoïdienne et dans les ventricules latéraux; mais on ne trouve presque jamais les lésions congestives qui caractérisent les formes aiguës du rhumatisme cérébral, soit à cause de la moins grande intensité de la maladie, soit plutôt parce que ces lésions éphémères ont eu le temps de se dissiper. Il faut donc le reconnaître, l'anatomie pathologique est ici presque complètement muette, et c'est seulement en rapprochant la folie rhumatismale des autres formes du rhumatisme cérébral que l'on peut pressentir, en quelque sorte, le substratum matériel qui préside à ses manifestations.

Voyons maintenant quelles sont les causes de la maladie. Nous ne séparons point ici la folie rhumatismale des formes plus aiguës que nous avons précédemment décrites.

L'âge et le sexe ne paraissent point exercer ici une influence bien considérable. Cependant le sexe pourrait jouer ici un certain rôle : le rhumatisme cérébral est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Quant à l'âge, il faut reconnaître que le rhumatisme cérébral sévit surtout de vingt à trente ans. Les limites extrêmes fixées par l'observation sont de quinze et de cinquante-neuf ans.

L'alcoolisme est une prédisposition des plus incontestables; mais on peut se demander, en pareil cas, si le rhumatisme est vraiment responsable des accidents observés, et s'il ne s'agit point, au contraire, de ces troubles si fréquents chez tous les alcoolisés à l'occasion d'une maladie

aiguë. Il n'est pas douteux que les affections du cœur exercent ici une influence fâcheuse ; mais on peut se demander s'il y a bien réellement un rapport de cause à effet entre la folie et l'affection cardiaque, et si les deux maladies ne procèdent pas simultanément d'un seul fond commun, la diathèse rhumatismale.

On a souvent incriminé le traitement institué contre le rhumatisme. Le sulfate de quinine jouit à cet égard d'une mauvaise réputation qu'il n'a peut-être pas méritée. Mais il est incontestable que les émissions sanguines constituent sous ce rapport un véritable danger pour les rhumatisants.

Restent enfin les prédispositions individuelles, et nous attribuons ici le premier rang à l'hérédité. Il est incontestable que les fous comptent très souvent des rhumatisants parmi leurs ancêtres, et que réciproquement les rhumatisants qui comptent des aliénés parmi leurs ascendants sont plus exposés que les autres aux accidents cérébraux.

Une intelligence développée, des fatigues excessives et surtout les travaux de l'esprit constituent aussi une prédisposition des plus évidentes, et, sous ce rapport, je rappellerai la mort d'un de nos confrères les plus distingués, le célèbre Aran, qui succomba dans le cours d'un rhumatisme articulaire, à des accidents cérébraux d'une grande intensité.

Enfin, les causes morales, les impressions pénibles et les brusques émotions peuvent déterminer l'explosion de la folie rhumatismale. J'ai vu cette maladie éclater chez une concierge, qui, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, avait couru le risque d'être arrêtée et conduite en prison.

Le traitement de la folie rhumatismale ne comporte point

des indications très actives. On doit user de la plus grande réserve et redouter l'action souvent nocive des médicaments énergiques. On doit entourer le malade du plus grand calme ; on doit chercher à rappeler la fluxion articulaire, et pratiquer avec discrétion des révulsions multipliées à la surface de la peau.

Messieurs, j'espère vous avoir prouvé que la folie rhumatismale mérite incontestablement d'être considérée comme une affection distincte et d'occuper une place dans le cadre des phrénopathies. Si, cependant, on m'objectait que les caractères qui lui sont propres semblent offrir des contours vagues et peu définis, je répondrai que souvent nos descriptions cliniques en psychologie morbide ressemblent à ces ombres légères dont parle le poète, qu'il ne faut point serrer de trop près dans nos bras, de crainte de les voir s'évanouir devant nos yeux.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

DES FOLIES SYMPATHIQUES. — DES FOLIES GÉNITALES.

SOMMAIRE. — Corrélation entre le fonctionnement intellectuel et l'état des divers organes. — Influence de la puberté. — Hébéphrénie. — Influence de l'onanisme et des pertes séminales. — Phénomènes intellectuels chez les masturbateurs. — Paresse. — Torpeur cérébrale. — Etat d'exaltation et de dépression. — Exaltation morbide du moi. — Démence.

Influence des excès vénériens. — Influence de la continence longtemps prolongée. — Influence des troubles de la menstruation. — Folie périodique. — Influence de la ménopause. — Influence des maladies utérines.

Folie puerpérale. — Quatre formes. — Folie puerpérale proprement dite. Manie puerpérale. — Mélancolie puerpérale. — Troubles physiques. — Folie de la grossesse. — Folie de l'accouchement. — Délire de la la lactation. — Anatomie pathologique. — Traitement. — Etiologie. — Hérédité.

MESSIEURS,

La doctrine des *sympathies* est aussi ancienne que la médecine. Les liens intimes qui relient entre eux des viscères souvent fort éloignés et qui les rendent pour ainsi dire réciproquement solidaires, ont été connus et commentés depuis la plus haute antiquité; et, de nos jours, la théorie des actions réflexes est venue donner une explication plausible de ce qui n'était jusqu'alors qu'un fait d'observation.

Le chapitre des sympathies est donc l'un des plus importants en pathologie, et les maladies mentales ne font

point exception à cette règle. L'encéphale est de tous les organes celui que les liens les plus intimes unissent aux autres parties du corps. Aussi le travail de la pensée est-il constamment influencé par l'état de santé ou de maladie de nos viscères. L'influence du cerveau sur l'estomac et réciproquement de l'estomac sur le cerveau en offre un exemple familier, et l'immortel ouvrage de Cabanis n'est, en réalité, qu'une longue paraphrase de cette donnée primitive; car, en parlant des rapports du physique et du moral, il entendait évidemment signaler les corrélations entre le fonctionnement intellectuel et le mouvement organique de la vie. Ainsi donc, la doctrine des folies sympathiques n'offre en principe aucune nouveauté. Nous trouvons dans les anciens auteurs de nombreuses observations qui se rapportent à l'influence qu'exercent les diverses maladies de nos organes sur les dérangements de l'esprit. Mais c'est seulement vers la première moitié de notre siècle, à l'occasion des débats soulevés par l'école psychologique allemande, que l'importance des folies sympathiques a été vraiment mise en lumière. Fortement préoccupés de la nécessité d'opposer des arguments positifs aux idées des spiritualistes qui refusaient au corps toute influence sur les maladies de l'esprit, les partisans de l'école somatique et surtout Jacobi et Schröder van der Kolk ont cherché, dans les viscères, les lésions qui leur faisaient défaut dans l'encéphale, et c'est ainsi que de longues et patientes recherches ont créé un trésor de faits qui ont été résumés dans l'excellente thèse de M. Ch. Loiseau.

Parmi les folies dites sympathiques, il en est qui, comme la folie cardiaque, paraissent influer principalement sur la circulation de l'encéphale. Il en est d'autres qui, comme la folie des phthisiques, peuvent être rapportées à l'in-

fluence d'une diathèse; il en est d'autres enfin qui sont visiblement la conséquence d'une action réflexe ou d'un rapport mystérieux entre les organes lésés et le centre intellectuel. Obligés de nous circonscrire dans d'étroites limites, nous avons choisi, comme type des folies sympathiques, celle qui se rapporte aux maladies des organes génitaux. Nulle part, en effet, on ne voit se manifester plus fortement l'action de la sympathie; nulle part, on n'observe des corrélations aussi palpables et des résultats aussi concluants. Il n'existe nulle part, dans l'économie, une sympathie plus intime que celle qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction, et tel est leur empire sur les manifestations de la vie intellectuelle qu'on pourrait, sous ce rapport, partager l'existence humaine en trois grandes époques : avant, pendant et après la période des fonctions génitales.

Dès le moment où les premiers indices des attributs sexuels se laissent deviner, un changement profond s'opère dans l'individu tout entier. La physionomie se transforme, la voix prend un timbre différent, les forces se développent et l'intelligence elle-même est entraînée dans le mouvement. L'enfant n'est plus, l'adolescent commence, et les idées, les penchants et les goûts subissent une métamorphose complète sous l'influence d'une véritable invasion de sentiments et d'instincts nouveaux. L'individu s'affirme et la notion du moi paraît dans toute son ampleur. Mais cette transformation radicale, loin de s'opérer toujours en silence et dans le calme d'une évolution régulière, donne souvent lieu à des orages violents. Il est, en effet, deux types parmi les enfants qui arrivent à la puberté : les uns sont paisibles, et chez eux le changement s'opère sans secousse; les autres sont agités; ils ont des crises de tristesse

qui se manifestent par des pleurs, par de la mélancolie, par le *tædium vitæ*, enfin par des impulsions au suicide. C'est parmi les individus de cette seconde espèce que se manifeste cette forme particulière de délire que les Allemands ont appelée *hébéphrénie*. Elle frappe surtout les prédisposés et plus spécialement les héréditaires, ou pour exprimer la même idée, sous une forme différente : les prédispositions latentes choisissent volontiers ce moment pour se manifester. Sa forme habituelle est la dépression, la lypémanie, accompagnée d'excentricités singulières; mais aussi l'on peut observer une forme différente, caractérisée par de l'excitation, par des idées vaniteuses, par le désir de plaire et surtout d'attirer l'attention, enfin par une loquacité intarissable.

Chez les jeunes filles, ce désordre moral se traduit par une coquetterie exagérée, par des rires et des pleurs sans motif, enfin par de l'hystérie.

Ces troubles intellectuels sont souvent transitoires, mais ils peuvent aboutir à une folie confirmée et conduire à la démence. Aussi, ild est ifficile de séparer l'action de la puberté de deux autres grandes causes, l'une pathologique, l'autre physiologique, qui jouent en psychiatrie un rôle immense : ce sont la masturbation et la menstruation.

L'influence de l'onanisme et des pertes séminales involontaires a été très exagérée autrefois par Tissot, par Lallemand et par Lisle. La masturbation est une pratique qui remonte aux temps préhistoriques et qui a régné sous la tente des patriarches comme au sein des sociétés modernes. Elle est d'une fréquence extrême chez les deux sexes, mais elle paraît exercer une influence moins fâcheuse chez la femme, qui supporte aussi plus facilement que l'homme les excès vénériens.

Sous ce rapport, nous nous séparons nettement de l'opinion exprimée par Guislain.

Si donc la masturbation avait les conséquences fâcheuses qu'on lui attribue, l'espèce humaine serait depuis longtemps tombée en démence. La vérité, c'est que, semblable à l'abus des boissons alcooliques, cette pratique est très nuisible aux sujets qui ne peuvent pas la supporter. Il existe incontestablement nombre de gens qui pratiquent l'onanisme sans aucun inconvénient, du moins en apparence; mais, comme les alcooliques impunis, ils émoussent probablement le tranchant de leur intelligence, qui eût été plus vive et surtout plus droite, s'ils avaient su se préserver de ce vice, qui détermine presque toujours un amoindrissement plus ou moins évident de l'individu.

On s'est livré à de longues discussions sur la fréquence relative de ces habitudes, et Morel, frappé par les indications de Schröder van der Kolk, admet que l'onanisme est plus fréquent dans le Nord que dans le Midi. C'est là une étrange naïveté, et c'est bien le cas de dire : Statistique, que me veux-tu ? Il s'agit d'une pratique soigneusement dissimulée par ses adeptes et dont il est absolument impossible d'évaluer la fréquence. Il n'y a point d'impôt sur la masturbation comme sur le tabac et l'alcool, et, s'il en existait un, les contribuables ne seraient pas les premiers à se dénoncer.

Contentons-nous donc de dire que ce vice est extrêmement répandu, qu'il existe à tous les âges, et que, s'il se développe habituellement à l'époque de la puberté, il persiste quelquefois chez les hommes mariés et peut se prolonger jusqu'à la vieillesse. Nous pourrions en citer d'illustres exemples et, entre autres, celui de J.-J. Rousseau.

Ce qui explique cette étrange perversité, c'est que très souvent l'onanisme se rattache à des causes purement phy-

siques et qui n'ont aucun rapport avec la dépravation morale. Chez l'homme, ces actes sont souvent provoqués par la constipation, par les hémorrhoïdes et par l'irritabilité de la prostate qui se développe de très bonne heure chez certains sujets; chez la femme, par les flueurs blanches, par les déplacements utérins et par le développement anormal du clitoris. Un chirurgien anglais, Baker Brown, avait pris l'habitude d'extirper cet organe chez toutes les clientes qui venaient le consulter sous prétexte d'obvier à des pratiques immorales, ce qui lui fit perdre sa réputation et sa fortune. C'était le châtiment assez légitime d'une grave erreur de jugement. En réalité, la cause fondamentale est l'influence de l'hérédité. Ce sont surtout les descendants de parents névropathiques ou prédisposés aux maladies mentales, qui offrent de bonne heure ce penchant morbide.

Reste à savoir si, quand une fois il s'est développé sous l'influence de l'onanisme, le délire prend une forme spéciale.

Je n'insisterai point sur les signes physiques si bien connus et décrits qui trahissent l'existence de cette habitude. Le teint plombé, la physionomie abattue, l'expression triste, le regard éteint, la mauvaise haleine, les maux d'estomac, l'amaigrissement rapide, l'affaissement musculaire, les troubles de la vue sont les conséquences de ces abus longtemps continués et souvent exagérés. Mais ce sont les phénomènes intellectuels qui méritent de notre part une attention spéciale.

Le premier, par ordre de date, de tous les symptômes qui doivent éveiller notre sollicitude, c'est la paresse. Tous les masturbateurs se lèvent tard, et quand chez un adolescent, sans aucune cause légitime, on voit se développer une tendance à rester au lit jusqu'à une heure avancée, on a le droit de concevoir des soupçons.

Vient ensuite une aversion profonde pour le travail et pour les exercices physiques, qui remplacent l'effort intellectuel chez les jeunes gens peu studieux, mais d'une santé irréprochable. Puis suivent un affaiblissement très marqué de la mémoire, et surtout une tristesse sans motifs. Le malade, toujours sombre et concentré, recherche la solitude et garde le silence. Bientôt, il se plaint d'une sorte de difficulté dans le travail de la pensée, d'un état de torpeur cérébrale, d'obtusion intellectuelle, enfin d'une perte à peu près complète du sommeil; peu à peu (car le délire n'éclate pas subitement) on voit se développer l'un des deux processus opposés : tantôt l'exaltation, tantôt la dépression viennent occuper la scène; mais, dans l'un et l'autre cas, le délire offre invariablement un caractère mélancolique. Dans le cas d'exaltation, le sujet se croit doué de facultés supérieures, qui excitent la jalousie de son entourage. Il est un messie, il est un apôtre, il est un martyr; il tombe enfin dans le délire des persécutions, mais en conservant toujours un type particulier. On voit tel de ces individus rechercher en mariage toutes les personnes qu'il rencontre sur son passage, mais en s'adressant toujours à celles dont la position sociale peut flatter sa vanité : et, à chaque nouvel échec, il invoque l'intervention incessante de ses persécuteurs. Tel autre se croit appelé à régénérer le monde, et s'indigne contre ceux qui ne s'inclinent pas devant lui. Très souvent les hallucinations de l'ouïe viennent compléter cet état et en aggraver le pronostic.

Tout autre est le masturbateur en état de dépression. A l'entendre, il est un misérable, il est indigne de vivre, il demande qu'on le tue; il se croit perdu, il est damné, il s'abandonne au désespoir et peut finir par le suicide. C'est alors que certains d'entre eux se précipitent avec exagéra-

tion dans des pratiques religieuses ; la dévotion excessive et peu raisonnable, les austérités insensées de certains sujets n'ont souvent point d'autre cause que la masturbation, tandis que le vulgaire leur attribue une origine bien différente.

Dans l'un et l'autre cas, qu'il s'agisse d'excitation ou de dépression, la base fondamentale du délire est une exaltation morbide du moi, une sorte d'hypéresthésie morale, dont l'égoïsme est l'élément principal.

Chez la femme, on observe surtout l'hystérie et l'hypocondrie, avec leur infinie variété de formes. Souvent, chez les deux sexes, l'épilepsie vient se joindre au tableau, et son influence a nécessairement pour effet l'aggravation des troubles psychologiques.

Enfin, le masturbateur finit par verser dans la démence, en conservant toujours ses habitudes vicieuses et cette attitude à la fois orgueilleuse et plaintive qui en fait, au point de vue moral, un être vraiment insupportable.

Je dois vous rappeler que l'onanisme est très fréquent chez les aliénés, mais c'est là une conséquence de leur maladie, qui développe si souvent un certain degré d'exaltation génésiaque. Il faut bien se garder de commettre ici l'erreur si commune qui consiste à prendre un effet pour sa cause. L'étude approfondie des antécédents permettra presque toujours de distinguer les vrais masturbateurs de ceux qui n'ont contracté cette habitude que postérieurement à leur maladie.

A côté de la masturbation, il faut placer les excès vénériens, qui, portés à un degré excessif, produisent habituellement un certain degré de faiblesse intellectuelle et surtout une impossibilité absolue d'application au travail, dont le

roi Louis XV et les sultans modernes nous ont offert des exemples historiques.

Mais, dans les cas malheureux, les excès vénériens conduisent à la paralysie générale. Aussi cette affection se développe-t-elle quelquefois chez des hommes jeunes, ardents et nouvellement mariés, qui, dans l'excès d'une ardeur légitime, ont oublié que les lois de la nature ne sont pas absolument parallèles aux prescriptions du Code. J'ai eu personnellement l'occasion d'observer, dans ma clientèle, quelques cas de ce genre, et Maudsley attribue avec raison aux abus conjugaux une large part dans la production de la paralysie générale.

Les excès vénériens, nous l'avons déjà dit, paraissent être infiniment moins graves chez la femme. Il ne faudrait pas cependant conclure à l'impunité absolue pour le sexe féminin. On sait que les prostituées paient un large tribut à la paralysie générale.

Nous arrivons maintenant à la condition inverse. La continence absolue peut-elle engendrer l'aliénation mentale, comme on le croit généralement? C'est là, en tout état de cause, un point de départ assez peu commun ; mais voyons d'abord quels sont les effets physiologiques de la continence longtemps prolongée. Ils ont été soigneusement décrits par Haller, qui les avait observés sur lui-même. On éprouve d'abord une sensation de plénitude et de congestion, qui se traduit assez souvent par des céphalalgies ; mais, après un assez court espace de temps, les désirs sexuels s'éteignent complètement, et le sujet éprouve un accroissement évident de la force musculaire et une augmentation très notable de la mémoire. Peut-être Haller se faisait-il illusion sur ce point, et prenait-il la mémoire extraordinaire dont la nature l'avait gratifié pour une conséquence de sa manière de

vivre ; mais il est certain que les hommes qui pratiquent vraiment la continence sont doués, en général, d'une plus grande énergie que les autres, et peuvent donner une somme beaucoup plus considérable de travail, soit physique, soit intellectuel. Chez les animaux, tels que les chevaux, les ânes et les mulets, dont la force musculaire est la principale qualité, ces règles s'appliquent avec une exactitude rigoureuse. Ce qui paraît évident, c'est que la continence indéfiniment pratiquée peut s'allier à l'équilibre le plus parfait des fonctions organiques et à la plus robuste santé. Cependant, chez des hommes d'un tempérament génital excessif, comme le curé cité par Buffon, elle peut déterminer des accès de manie à forme érotique, accompagnés d'hallucinations diverses. Mais il ne faut point oublier que les inconvénients de la continence sont infiniment moins considérables que ses avantages, surtout au point de vue intellectuel. C'est là une vérité trop souvent méconnue, et qu'il importe essentiellement de mettre en lumière.

Passons maintenant à un autre ordre de causes. Les troubles de la menstruation peuvent engendrer la folie, soit au début, soit à la fin, soit pendant le cours de cette grande fonction physiologique.

S'il s'agit des troubles cérébraux, qui peuvent accompagner l'établissement des règles, nous serons en présence de l'hébéphrénie.

S'il s'agit au contraire de la menstruation une fois définitivement établie, nous trouverons une cause importante de l'aliénation mentale dans la suppression subite des règles, soit par l'action du froid, soit par l'effet de la frayeur ou d'une vive émotion. Dans ce cas, on voit brusquement éclater la folie. Hippocrate l'avait observé, et, parmi les modernes,

Esquirol et Brierre de Boismont en ont rapporté de curieux exemples. L'aliénation mentale prend surtout alors la forme de la manie. Quelquefois aussi on observe la mélancolie, l'obtusion des facultés et la demi-stupeur.

Le retour des règles peut souvent amener la guérison, et l'un des cas les plus remarquables en ce genre est celui que rapporte Esquirol, où le retour des fonctions menstruelles détermina une guérison immédiate après des accès bien caractérisés de folie.

Mais j'arrive à un fait plus curieux encore : il existe, chez certaines femmes, une folie périodique qui se reproduit à chaque époque menstruelle. Nous savons qu'à l'état physiologique il existe des troubles moraux dont la fréquence est tellement grande qu'ils attirent à peine l'attention. La plupart des femmes sont irritables et difficiles à vivre aux approches de l'époque menstruelle. Elles subissent plus facilement l'influence des moindres émotions ; elles sont enfin plus vulnérables qu'à l'état normal ; plusieurs d'entre elles éprouvent un malaise profond, des congestions et de la céphalalgie.

Franchissant enfin les limites extrêmes de l'état physiologique, certaines femmes deviennent absolument aliénées à l'époque des règles, pour reprendre leur raison immédiatement après. Nous en rapporterons, d'après Hitzig (1), un cas extrêmement remarquable : une mère avait tué son enfant, en le jetant à l'eau. Elle fut arrêtée et mise en jugement, sous l'inculpation de meurtre. Pour se défendre, elle prétendit qu'à l'époque de ses règles, elle éprouvait toujours un malaise extrême de corps et d'esprit, et c'était sous l'influence de cet état pathologique qu'elle avait commis son

(1) *Arch. für Psychiatrie*, de Westphal, t. VIII, p. 65.

crime. Comme elle paraissait absolument saine d'esprit, elle fut renvoyée en prison, pour y être soumise à une observation rigoureuse. On put alors constater qu'à chaque époque menstruelle, elle subissait en effet une crise d'aliénation mentale. En conséquence, elle obtint un verdict d'acquittement.

La forme la plus commune du délire, en pareil cas, est la manie aiguë ; mais on observe quelquefois la mélancolie accompagnée d'hallucinations. Chez certaines malades, les idées religieuses prédominent ; chez d'autres, c'est la démonomanie qui occupe la scène. Enfin, il est des femmes qui, à chaque apparition des règles, ont un accès de nymphomanie.

Malgré sa gravité incontestable, cette folie périodique peut guérir. La grossesse exerce à cet égard une heureuse influence. Enfin, on voit quelquefois les accès périodiques disparaître à l'âge critique.

Et cependant la ménopause est une des causes les plus importantes de la folie chez la femme. Non seulement on voit l'aliénation mentale se développer avec toutes ses formes diverses, à cette époque de la vie, mais encore il existe incontestablement, chez la plupart des femmes parvenues à cet âge, un caractère irascible, difficile et fantasque. C'est là, très certainement, l'une des causes de la mauvaise réputation dont jouissent les belles-mères ; car, de 45 à 50 ans, beaucoup de femmes, sans être positivement aliénées, ont un caractère insupportable.

Les maladies utérines ont été depuis longtemps rangées parmi les causes habituelles de la folie. Pinel, Esquirol, Nasse, Jacobi, Guislain, et parmi les contemporains, MM. Azam et Bazin, en ont rapporté de nombreux exem-

ples. Toutefois une polémique assez vive s'est engagée sur ce point.

Il n'est pas douteux que beaucoup de femmes aliénées ont des lésions utérines ou ovariennes. On constate chez elles des ulcérations et des granulations du col, de la leucorrhée, des déplacements, enfin le cancer. Reste à déterminer si la maladie utérine a précédé la folie ou s'est développée postérieurement aux troubles intellectuels. Il est universellement admis aujourd'hui que, dans certains cas, les affections utérines peuvent déterminer la rupture de l'équilibre intellectuel, et l'on a vu la guérison de l'affection locale faire disparaître les aberrations intellectuelles. On ne saurait donc aujourd'hui contester l'influence de cette cause ; il s'agit maintenant de ne point en exagérer la fréquence.

Chez l'homme, les maladies de la vessie, et plus rarement celles des organes génitaux, peuvent déterminer la folie, et l'on cite un cas de guérison obtenu par l'uréthrotomie chez un malade atteint d'un rétrécissement ancien. Mais il est incontestable que, dans le sexe masculin, les affections locales des organes génitaux ont une influence infiniment moins grande sur les troubles de l'esprit que chez la femme.

Il nous reste à vous parler de la plus importante de toutes les folies génitales, je veux parler de celle qui résulte de la grossesse, de la parturition et de l'allaitement.

Cette maladie mérite toute votre attention, tant par sa fréquence, sa gravité, et la nature de ses symptômes, que par la perturbation qu'elle jette si souvent dans les ménages, dans les moments les plus critiques de la vie de

famille. C'est donc une des questions qui intéressent le plus directement le praticien.

Permettez-moi d'abord, Messieurs, de vous exposer quelques considérations préliminaires qui sont indispensables à l'intelligence du sujet.

La folie puerpérale, qui, pendant longtemps, a été considérée comme un état vague, mal défini, sans limites précises, n'a été bien étudiée pour la première fois que par Esquirol. C'est à lui qu'on en doit la création. Cette maladie, envisagée au point de vue psychologique, ne présente aucune uniformité. On y voit régner les états psychiques les plus divers ; tantôt c'est la manie qui prédomine, tantôt la mélancolie ; la stupeur se rencontre très souvent, ainsi que les délires partiels et les monomanies impulsives. Il est donc inutile, ou pour mieux dire impossible, d'établir une division fondée sur la forme du délire.

Mais il est une autre division qui s'impose naturellement. L'état puerpéral amène dans l'organisation de la femme des modifications profondes et durables ; celle qui a enfanté une fois est bien différente de celle qui est restée stérile. Or, le cerveau participe à ces perturbations qui se manifestent dans toute l'économie, et nous savons tous combien la femme, pendant la grossesse, est irritable, difficile à vivre, sujette à des envies, qui constituent un véritable délire.

La durée de ces phénomènes se divise en quatre périodes, dont chacune peut présenter des troubles intellectuels différents. Il y a donc quatre formes de folie puerpérale : 1° la folie de la grossesse, 2° la folie de l'accouchement, qui a lieu pendant le travail même, 3° la folie puerpérale, proprement dite, qui se manifeste après la naissance de l'en-

fant, 4° la folie de l'allaitement. Nous aurons à passer en revue ces quatre chapitres différents.

Messieurs, *la folie puerpérale proprement dite* est celle qui se développe après l'accouchement et avant le retour des règles, à la fin de la première semaine ou au commencement de la seconde, et surtout du cinquième au dixième jour. Quelquefois le délire apparaît brusquement, mais, le plus habituellement, il est précédé de prodromes, tels que de l'irritabilité, de l'insomnie, un malaise général, une angoisse excessive. Une fois le délire établi, il peut affecter les formes les plus diverses; la plus commune est la manie, la mélancolie est moins fréquente.

La *manie puerpérale* se caractérise par un bavardage incessant, incohérent et semé d'injures violentes, avec conceptions délirantes, où l'on voit poindre quelquefois un vague délire des persécutions; mais ces conceptions sont trop fugaces et banales pour mériter une dénomination spéciale. Vous savez déjà que toutes les formes d'aliénation mentale sont modifiées par le sexe; les vociférations, les cris, les fureurs du maniaque sont remplacés chez la femme par un bavardage excessif. C'est peut-être l'exagération d'une tendance naturelle. Ce délire, si caractérisé dans la manie puerpérale, s'accompagne en outre d'une perturbation des sentiments affectifs, qui se manifeste par une aversion profonde pour le mari ou l'amant et par une indifférence absolue pour l'enfant, indifférence qui peut se changer en haine et aboutir à l'infanticide. Aussi, doit-on toujours, en pareil cas, retirer l'enfant des mains de la mère, car il y a des femmes qui, dans cet état, ont de véritables impulsions homicides.

Un fait très remarquable, c'est que l'érotisme et l'obscénité accompagnent presque toujours le délire puerpéral.

Marcé, Foville et la plupart des modernes nient la fréquence de ce phénomène, peut-être exagéré par les anciens ; ils ont raison, si par érotisme ils entendent le désir sexuel ; mais ce qui est essentiellement particulier à la manie puerpérale, c'est le débordement d'obscénités qui vient souiller les lèvres des femmes les plus chastes et les mieux élevées. Souvent, sous l'empire de ces tendances, elles formulent les accusations les plus graves contre les hommes de leur entourage, et ces accusations sont quelquefois mieux écoutées qu'elles ne l'auraient mérité. Vous comprendrez facilement les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter.

La durée de la manie puerpérale est généralement de six à huit mois. Le pronostic est relativement favorable, car il y a guérison dans les deux tiers des cas. Très souvent la maladie se termine par une crise de stupeur, d'où la malade sort guérie.

Il me reste maintenant, messieurs, à vous parler de la *mélancolie puerpérale*, caractérisée par la dépression habituelle de la mélancolie simple. Cette forme est, dit-on, trois fois moins commune que la précédente ; elle présente deux caractères importants. Ce sont d'abord les hallucinations, surtout celles de la vue et de l'ouïe qui se rencontrent très souvent dans cette forme de délire : c'est ensuite une tendance fort prononcée au suicide. Aussi, toutes les fois que vous aurez affaire à une mélancolie puerpérale, prévenez la famille et entourez la malade de toutes les précautions nécessaires. Ici, la durée est plus longue et la guérison moins certaine que dans la manie.

Nous glisserons sur les autres formes de délire qui peuvent éclater dans l'état puerpéral, pour vous parler des troubles physiques qui coïncident avec l'orage intellectuel.

Je vous citerai d'abord la diminution de poids, signalée par les auteurs allemands. En pesant la femme à son entrée et à sa sortie de l'hôpital, on a pu constater une différence en moins, qui peut s'élever jusqu'à 29 kilogrammes. On comprend que l'expulsion du fœtus, des membranes et du liquide amniotique, ne suffit pas pour expliquer une réduction pareille, dont une large part doit être mise sur le compte de la maladie ; car, depuis Nasse, la perte de poids est signalée au début de la plupart des affections mentales. — Un autre point très important, ce sont les accidents épileptiformes et la présence fréquente d'albumine dans les urines. Simpson était disposé à considérer la folie puerpérale comme un effet de l'urémie, et les crises épileptiques comme de véritables accès d'éclampsie ; mais il est certain que des cas bien authentiques de délire dans l'état puerpéral ont parcouru leur évolution complète, sans que jamais l'albumine ait apparu dans les urines. Nous pensons donc qu'il faut envisager ce phénomène comme une simple coïncidence et non comme la véritable cause du délire. — Je vous rappellerai également les troubles digestifs, qui sont assez habituels, tels que la constipation, l'anorexie, l'embarras gastrique ; ce qui se voit d'ailleurs au début de toutes les maladies mentales.

Dans les cas où la guérison n'a pas lieu, la folie puerpérale aboutit la plupart du temps à la démence. Nous laissons de côté ces cas extrêmement graves qui simulent le délire aigu et se terminent dans quelques jours par la mort.

Je vais maintenant, messieurs, vous dire quelques mots sur la *folie de la grossesse.*

Vous connaissez tous cet état mental particulier à quelques femmes enceintes, qui arrivent à manifester des

désirs, des exigences et des envies, qui ne laissent pas d'avoir une certaine influence sur le progrès de l'évolution du fœtus. Rien n'est commun comme de voir ces dépravations de l'appétit, connues sous le nom de *pica* et de *malacia*, qui poussent ces malades à rechercher des mets étranges, à se nourrir de craie, de terre, de charbon et quelquefois même à manifester des tendances plus répugnantes encore. Il est fréquent de rencontrer des femmes fort respectables et très honnêtes qui expriment un violent désir de se nourrir de certains aliments, à la condition qu'ils soient volés. De plus, un besoin irrésistible de vol qui entraîne ces malades à satisfaire leur cupidité et à s'approprier des objets de toute nature, a été souvent observé par les aliénistes ; c'est une variété de *kleptomanie*. Le médecin légiste peut être appelé à se prononcer sur des cas de ce genre, et il ne doit pas ignorer que ces faits se rattachent souvent aux troubles intellectuels de la grossesse.

Chez les femmes en état de gestation, quand la folie se déclare, c'est généralement dans les trois derniers mois, et si c'est la manie qui prédomine dans l'état puerpéral, on peut dire que c'est la mélancolie qui est la forme la plus habituelle pendant la grossesse.

On s'est demandé si l'accouchement pouvait guérir la folie. La chose est possible, mais ce que l'on voit le plus souvent, c'est que le délire, qui a débuté pendant la grossesse, se continue dans l'état puerpéral.

Quant à la *folie qui éclate au moment même du travail*, c'est un délire passager, transitoire, qui reconnaît pour cause soit un travail difficile, soit une parturition clandestine, soit des conditions morales fâcheuses comme l'isolement, l'abandon, la misère. Il est caractérisé surtout par des tendances infanticides ; aussi, consulté par les tri-

bunaux, l'expert doit-il toujours rechercher quel était l'état mental de la malade avant le crime, quelles étaient les conditions dans lesquelles elle était placée, et comment l'acte a été commis. On sait, en effet, que dans les circonstances de l'infanticide, on peut saisir quelquefois des preuves manifestes d'aliénation mentale. Ainsi, une femme étrangle son enfant et ne prend pas la précaution de faire disparaître le lien dont elle s'est servie et qu'elle laisse autour du cou : preuve manifeste qu'elle ne raisonnait pas, au moment du crime.

En dernier lieu, j'arrive au *délire de la lactation*, qui se manifeste habituellement vers le deuxième ou troisième mois de l'allaitement. Il a pour causes principales l'anémie et l'affaiblissement de la nourrice et pour adjuvant la misère ; il revêt surtout le type mélancolique et présente un caractère plus grave et un pronostic moins favorable que celui de la folie puerpérale proprement dite.

Il me reste, messieurs, à vous dire quelques mots de la nature, du traitement et de l'étiologie de cette affection et c'est par là que je terminerai.

L'anatomie pathologique n'a jamais donné ici que des renseignements contradictoires. Tantôt on a observé de la méningite avec suppuration, tantôt de la congestion, quelquefois on a rencontré diverses lésions des parties profondes de l'encéphale, souvent aussi il n'existait aucune altération appréciable. C'est qu'en effet les états morbides que provoque, du côté de l'encéphale, la puerpéralité, sont aussi nombreux que divers, et la folie puerpérale n'est une espèce morbide qu'au point de vue de son étiologie. C'est un tronc unique d'où partent des branches divergentes. Nous avons donc affaire, non pas à une maladie toujours la même, mais à une série de maladies diverses ; cela suffit

pour nous rendre sceptiques quant au traitement, et pourtant les médications qui ont été successivement proposées sont multiples.

Je commencerai par vous rappeler la saignée qui est restée en honneur dans l'aliénation mentale jusqu'à Pinel. Je suis loin de dire que ses effets ont toujours été désastreux, mais ils l'ont été souvent, et bien des femmes ont versé dans la démence par l'usage intempestif des émissions sanguines; je vous recommanderai donc la plus grande prudence dans son emploi. Je vous citerai le tartre stibié, donné par la méthode rasorienne. Les purgatifs légers seront donnés avec précaution, surtout quand il existe des phénomènes de gastricité; dans les cas d'insomnie et d'agitation, les narcotiques, les sédatifs et les bains seront employés avec utilité, ainsi que toute la série des bromures alcalins, qui joue un rôle si important dans le traitement des affections mentales. Il est aussi une méthode qui a réussi entre les mains de M. Baillarger: c'est la diète lactée. Enfin, messieurs, s'il est une précaution capitale que je doive souligner, c'est d'interdire une seconde grossesse à toute femme qui a été folle une première fois pendant l'état puerpéral.

Je terminerai par quelques considérations sur l'étiologie. Relativement au nombre des accouchées, la folie puerpérale n'est pas une maladie fréquente, surtout dans les hôpitaux; il est naturel de penser, d'ailleurs, qu'un acte purement physiologique ne doit pas souvent troubler les facultés de l'esprit. Mais les cas de folie puerpérale sont assez nombreux par rapport aux autres causes d'aliénation mentale, puisque la proportion varie, selon les statistiques, de trois à sept pour cent. Ce chiffre est donc assez impor-

tant pour mériter de la part des aliénistes une sérieuse attention.

Chez la même femme, le nombre des accouchements exerce-t-il une influence sur la folie? D'après Marcé, la prédisposition augmente avec le nombre des grossesses, tandis que les Allemands et les Anglais, au contraire, prétendent que les primipares sont plus souvent atteintes. Je crois qu'il est plus simple d'admettre qu'une femme qui, dans ses premières grossesses, a échappé à la maladie, a plus de chances d'immunité par la suite, et que la plus grave de toutes les prédispositions, ce sont les folies antérieures. Aussi, je vous le répète, dans l'intérêt de la mère, de la famille et de la postérité, devez-vous toujours conseiller à une femme qui a été folle à son premier enfant, d'éviter de devenir enceinte de nouveau.

Une cause que l'on ne doit pas oublier non plus, c'est l'aliénation mentale antérieure à l'accouchement. Bon nombre de jeunes filles ont été aliénées avant leur mariage à l'époque de la puberté; celles-là sont éminemment exposées à tomber dans la folie puerpérale.

La suppression du lait et des lochies, autrefois considérée comme une des causes les plus efficaces des troubles intellectuels de la puerpéralité, est aujourd'hui regardée par la plupart des observateurs comme un symptôme et non comme une cause de la maladie. L'opinion des anciens me paraît cependant mériter encore quelque crédit, et s'il est rationnel d'admettre que l'excitation cérébrale fait taire les autres fonctions, il est très naturel, par contre, de penser que la brusque suppression d'une fonction très importante amène des troubles sympathiques qui retentissent immédiatement sur le fonctionnement de l'intelligence.

Viennent ensuite les difficultés de l'accouchement, un travail laborieux, des douleurs atroces, des hémorrhagies abondantes qui sont autant de causes de la folie puerpérale.

Je passe sous silence un grand nombre de points que le temps ne me permet pas d'aborder. Mais il me reste une dernière cause à vous signaler, et c'est de beaucoup la plus importante de toutes; je veux parler de l'hérédité. Il est bien certain que la fille d'une mère atteinte de folie puerpérale est exposée à devenir folle quand ce sera son tour d'être mère; de même une femme qui possède dans sa famille des aliénés, des névropathes, des individus mal équilibrés au point de vue mental, a de grandes chances de perdre l'esprit à la suite d'un acccouchement.

Il résulte de ces considérations une règle de conduite qui s'impose au médecin, surtout à une époque où les avantages matériels font souvent oublier les principes qui doivent présider à la fondation d'une famille. En présence de ces tendances, il vous appartient de veiller aux véritables intérêts de la chose publique et d'interdire sévèrement le mariage aux filles qui ont, dans leurs antécédents, des taches soit personnelles, soit héréditaires, au point de vue mental. C'est un devoir souvent pénible à remplir, mais en l'accomplissant avec fermeté, vous aurez acquis des droits à la reconnaissance de la société.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

DES FOLIES TOXIQUES.
DE L'ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE.

SOMMAIRE. — Caractères communs à tous les délires toxiques. — Forme transitoire et forme permanente. — Poisons agréables et poisons industriels. — Empoisonnement saturnin. — Formes de l'encéphalopathie saturnine. — Manie saturnine. — Ses trois aspects. — Forme maniaque aiguë. — Mode de début. — Troubles intellectuels. — Hallucinations de la vue. — Amnésie. — Durée. — Terminaisons. — Démence d'emblée. — Pseudo-paralysie générale saturnine. — Symptômes. — Terminaisons. — Forme convulsive ou épileptique. — Forme comateuse. — Forme mixte. — Forme apoplectique. — Rapports de ces formes avec l'albuminurie saturnine. — Lésions anatomiques de l'encéphalopathie saturnine. — Physiologie pathologique. — Pronostic. — Traitement.

MESSIEURS,

Les folies toxiques sont, en pathologie mentale, une famille bien nettement définie. Il existe, en effet, un grand nombre de poisons qui, portant leur action nocive directement sur les centres nerveux, déterminent une déviation permanente ou passagère des facultés intellectuelles ; et quelle que soit la différence que l'on observe dans leur mode d'action, il est impossible de méconnaître les analogies profondes qui réunissent en une seule et même famille pathologique toutes les maladies mentales qui reconnaissent pour origine l'action d'une substance toxique sur l'encéphale.

En effet, tous les poisons qui troublent les fonctions cérébrales, — l'alcool, l'opium, le mercure, le sulfure de carbone, le plomb, — pour ne citer que ceux-là, exercent en même temps une action spéciale sur d'autres organes de l'économie. L'empoisonnement par le plomb, si nous le prenons pour exemple, nous en offre les preuves les plus manifestes; non seulement il agit sur l'encéphale et sur les nerfs périphériques, mais il porte aussi son action sur les muscles, sur les os, sur les articulations, sur le cœur et les vaisseaux, sur le tube digestif, sur le foie, sur les poumons et sur les reins; le sang lui-même en offre les marques, et les dégradations morbides nées sous son influence peuvent, dans une certaine mesure, se transmettre par voie d'hérédité. On ne saurait marcher plus directement sur la trace des diathèses ni pour ainsi dire en emprunter plus complètement le masque.

C'est là un premier caractère qui relie entre elles toutes ces maladies artificielles engendrées par un agent toxique et qui simulent, pour ainsi dire, les diathèses. Mais ce qui nous touche pour ainsi dire de plus près, ce qui se rattache le plus directement à nos études psychologiques, c'est que les délires toxiques peuvent affecter deux formes essentiellement différentes : la forme transitoire et la forme permanente.

Souvent, sous l'influence d'un poison, le malade est pris d'un délire violent; c'est l'ivresse du plomb, de l'alcool, de l'opium. Mais, après cette première atteinte, l'orage se dissipe et les facultés reviennent à leur état normal. Supposons, au contraire, que l'action de la cause nuisible se prolonge pendant un temps assez long, et nous aurons alors des troubles permanents, signes d'une désorganisation cérébrale presque fatalement mortelle. L'encéphalo-

pathie saturnine nous en présente un type bien caractérisé.

Or, les poisons capables d'engendrer des maladies de ce genre sont ceux qui, tout en agissant d'une manière extrêmement nuisible sur les centres nerveux, peuvent être tolérés par l'économie pendant assez longtemps pour la miner sourdement sans la frapper immédiatement de mort. Réduits à ces proportions, leur nombre est encore extrêmement considérable, et la liste des folies toxiques serait presque interminable, s'il n'existait pas, en pratique, des limites assez étroites auxquelles nous pouvons nous arrêter. Tantôt, en effet, les poisons sont recherchés par l'homme pour son plaisir; tantôt ils lui sont imposés par les besoins de l'industrie. A la première classe appartiennent, — en Occident, — l'alcool, l'éther, le chloroforme, le tabac et quelquefois l'opium et ses dérivés. En Orient, l'alcool n'exerce son influence que sur les Européens, et parmi les indigènes, c'est l'opium qui tient de beaucoup la première place. Il faut y joindre le haschisch et quelques autres poisons enivrants, dont l'origine et la nature varient suivant les pays. Chez les nègres d'Afrique, l'alcoolisme est relativement assez fréquent.

Les poisons industriels sont plus nombreux; mais il en est trois surtout dont nous avons à constater les ravages : ce sont le plomb, le mercure et le sulfure de carbone.

Comme vous le voyez, pour vaste qu'il soit, le champ de nos études n'est pas absolument illimité, et l'on pourrait sans trop d'efforts en parcourir l'étendue tout entière. Mais, forcé de me restreindre, je me propose de n'étudier avec vous que deux des principales folies toxiques, qui peuvent d'ailleurs être considérées comme types; nous voulons parler des troubles intellectuels qui se rattachent à l'impré-

gnation saturnine et à l'alcoolisme. C'est par les accidents qui relèvent de l'empoisonnement saturnin que nous commencerons tout d'abord; et dans les troubles si divers qui peuvent être engendrés par cette cause unique, nous aurons surtout en vue l'encéphalopathie saturnine et les troubles psychologiques si nombreux et si variés qui peuvent en être la conséquence.

Messieurs, si nous possédons sur l'histoire de l'intoxication saturnine des montagnes de travaux, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue de l'encéphalopathie qui en résulte, et plus spécialement du délire qui l'accompagne, nous avons fait peu de progrès depuis l'époque de Grisolle et de Tanquerel des Planches. On admet aujourd'hui comme alors quatre grandes formes d'encéphalopathie, dans l'empoisonnement saturnin ; ce sont :

1° Le délire ou manie saturnine ;

2° L'épilepsie ou plutôt l'éclampsie saturnine ;

3° Le coma saturnin ;

4° La forme mixte qui reproduit quelques-uns des caractères qui se trouvent dans chacune des autres variétés.

Reste enfin une cinquième forme, la forme apoplectique, qu'on rencontre très rarement.

Or, c'est surtout à la première variété, au délire ou à la manie saturnine, que nous voulons consacrer cette leçon. On peut l'observer sous trois aspects différents :

1° La manie aiguë : c'est l'ivresse du plomb ;

2° La pseudo-paralysie générale saturnine ;

3° La démence saturnine.

Occupons-nous d'abord de la forme maniaque aiguë. Elle peut débuter par des prodromes, et il en est ainsi dans les deux tiers des cas. Mais il ne faut point oublier qu'elle peut

débuter subitement, et qu'elle vient plus d'une fois frapper l'ouvrier d'une manière absolument inattendue et au milieu même de son travail.

Quand les prodromes existent, ils sont constitués, d'après Grisolle, par de la céphalalgie, de la tristesse, de la somnolence et une accélération manifeste du pouls. Böttger, qui signale les mêmes symptômes, y ajoute le vertige et le tremblement, auxquels il attache une grande importance. Il faut enfin joindre à ces indices précurseurs l'albuminurie saturnine, découverte par mon excellent ami le docteur Ollivier.

Enfin l'insomnie, le sommeil agité, les rêves pénibles ajoutent un dernier complément au tableau.

Les troubles de la sensibilité ne sont pas moins nombreux ni moins divers. On observe surtout des troubles visuels, de la diplopie accompagnée ou non de strabisme, un affaiblissement de la vue et même une amaurose complète. La surdité peut aussi se rencontrer parmi les prodromes de l'encéphalopathie. Chez d'autres sujets, la sensibilité tactile est surtout atteinte, et l'on note des engourdissements, des fourmillements, des plaques d'anesthésie.

Il est un dernier point d'une importance capitale. Dans la majorité des cas, les sujets qui doivent être frappés d'encéphalopathie ont eu déjà des coliques. La forme légère de l'empoisonnement précède ici la forme plus grave avec ses altérations plus profondes.

Tels sont les prodromes ; mais, nous l'avons dit, ils peuvent manquer, et manquent souvent en effet. Il en est ainsi dans cette forme relativement légère, qui se caractérise par de la manie simple et qu'on peut appeler l'ivresse du plomb. Elle frappe souvent, nous l'avons déjà dit, l'ouvrier au milieu de son travail ; mais il importe de savoir qu'elle est

souvent produite par des cosmétiques. La plupart des teintures qui servent à colorer la barbe et les cheveux contiennent du plomb ; or, l'absorption de ce poison par la peau, niée par Tanquerel des Planches, admise par Fiévet, est aujourd'hui hors de toute contestation. On s'explique donc comment la manie saturnine peut frapper les imprudents qui ont eu recours au plomb pour donner à leur visage les apparences de la jeunesse, sans avoir réfléchi sur les inconvénients du moyen employé. J'ai vu, dans le service de mon maître M. Moreau de Tours, à l'époque où j'avais l'honneur d'être son interne à Bicêtre, un cas bien démonstratif de cette espèce.

Le malade était un coiffeur d'environ quarante-cinq ans, fort bel homme d'ailleurs et doué d'une chevelure abondante et d'un noir de jais ; malheureusement elle commençait à blanchir par places, et le coiffeur, alarmé de cette décadence qui lui portait préjudice dans sa profession, s'était prescrit à lui-même une pommade contenant une forte proportion d'acétate de plomb. Il avait réussi à masquer ainsi le changement de couleur de sa chevelure ; mais, au bout de quelques semaines, il était pris d'un accès de manie furieuse. Transporté dans le service de M. Moreau de Tours, à Bicêtre, il guérit rapidement et fit le serment de ne jamais tenter à l'avenir des moyens aussi dangereux. M. Devouges cite le cas d'un autre coiffeur qui, dans des conditions analogues, fut frappé de stupeur.

Voyons maintenant quels sont les caractères du délire saturnin à l'état aigu.

Les troubles intellectuels peuvent affecter trois formes différentes. Dans la première, le malade est atteint d'un délire furieux ; il pousse des cris, il se porte à des violences, il profère des obscénités ; il est pris, en un mot, d'une agi-

tation des plus intenses. Dans la seconde forme, il offre les signes d'une dépression profonde; c'est un lypémaniaque, dont la tristesse est souvent traversée par des terreurs paniques. Enfin, il existe une forme mixte, où le sujet présente des alternatives d'excitation et de dépression coupées de temps en temps par des paroxysmes d'une violence exceptionnelle.

A ces perturbations intellectuelles viennent se joindre les hallucinations qui, comme dans les autres délires toxiques, portent à peu près exclusivement sur la vue ; les hallucinations de l'ouïe sont absolument exceptionnelles dans l'empoisonnement saturnin.

Enfin il est un caractère qui mérite d'être signalé, à cause de l'analogie profonde qu'il établit entre la folie saturnine et le délire alcoolique : c'est l'amnésie, c'est la perte de mémoire souvent absolue, qui succède aux accidents aigus. Sorti de son délire, le saturnin a tout oublié; il semble qu'on ait arraché quelques pages de l'histoire de sa vie. Nous observons ce caractère dans d'autres empoisonnements.

La durée de l'accès est habituellement courte ; elle peut couvrir quelques jours ou quelques semaines ; elle ne saurait s'étendre au delà, sans conduire à des accidents plus graves. Mais, d'une manière habituelle, la manie saturnine aboutit à la guérison ; le retour à la santé est marqué par la reprise du sommeil, qui avait entièrement disparu pendant toute la durée de la crise. C'est après avoir dormi que le malade revient à la raison.

Il faut cependant le savoir, la manie produite par le plomb peut se terminer quelquefois par la mort subite, et d'ailleurs cette menace est suspendue sur la tête de tous les sujets atteints d'encéphalopathie saturnine. Mais ce qui

s'observe plus souvent, ce sont les rechutes survenant après des guérisons passagères et peu solides. La fréquence de ces accidents doit engager le médecin à n'abandonner son malade que lorsqu'il paraît définitivement à l'abri de tout danger.

Nous avons supposé le délire exempt de toute complication; mais il est des cas où il s'accompagne de convulsions épileptiformes et de coma. Ces accidents, il faut le reconnaître, aggravent singulièrement le pronostic; presque toujours ils sont le prélude d'une terminaison fâcheuse. Mais nous ne voulons point anticiper sur cette partie du sujet; qu'il nous suffise de dire, en résumé, que la guérison est l'issue la plus fréquente, mais qu'il faut cependant prévoir la possibilité des accidents les plus redoutables.

Je passe maintenant à une forme entièrement différente de la folie saturnine; c'est la démence d'emblée. J'ai eu l'occasion de l'observer dans le service de Beau, à l'époque où il traitait les phthisiques par le carbonate de plomb. Sans parler des accidents divers qui résultaient de cette thérapeutique, quelquefois très bien supportée, il était des malades qui, sans avoir présenté de coliques, de troubles digestifs, ni de paralysie de la motilité, tombaient graduellement dans l'affaiblissement intellectuel; ils devenaient inertes, indifférents, insouciants; bientôt la mémoire se perdait, enfin les signes d'une démence confirmée ne tardaient pas à se montrer; le malade laissait échapper sa salive, perdait tout sentiment de propreté et de retenue, et finissait par devenir complètement gâteux; la mort survenait au milieu d'un état demi-comateux, et, dans deux cas, l'autopsie a révélé les lésions de l'encéphalopathie saturnine.

Il va sans dire que le traitement avait été discontinué dès

que les premiers symptômes d'un empoisonnement des centres nerveux s'étaient manifestés.

On pourrait rapprocher ces faits de certains cas qui s'observent chez les ouvriers qui manient le plomb et dans lesquels un affaiblissement intellectuel précoce et rapide n'est précédé d'aucune manifestation aiguë.

Nous arrivons maintenant à la forme la plus intéressante de l'encéphalopathie saturnine, au point de vue des accidents intellectuels : je veux parler de la pseudo-paralysie générale saturnine. Tanquerel des Planches avait déjà noté l'embarras de la parole chez certains malades atteints d'encéphalopathie saturnine ; mais il n'avait point rapproché cette affection de la paralysie générale. En 1851, M. Delasiauve émit l'opinion que certaines formes d'encéphalopathie saturnine pouvaient se rapprocher assez de la paralysie générale pour en emprunter le masque. Il fit connaître deux observations de ce genre, et il fut ultérieurement conduit à admettre l'existence d'une véritable paralysie générale saturnine ; mais c'est surtout au mémoire de M. Devouges, publié en 1857 et fondé sur six observations, qu'appartient le mérite d'avoir créé pour ainsi dire ce type morbide, dont la nature est encore un sujet de controverse.

Depuis lors, Böttger (1), Dowse (2), M. Jules Falret et M. Doutrebente ont publié des faits de cette espèce. Enfin le travail le plus récent sur cette question est celui de M. Regis (3), qui, en 1880, a publié une courte monographie sur ce sujet et a formulé des conclusions un peu différentes de celles de ses prédécesseurs. Au reste, il faut bien

(1) Bottger, *Archiv. f. Psychiatrie*, Bd XXVI, S. 224.
(2) *British Medical Journal*, 1875, p. 525.
(3) Regis, *Annales médico-psychologiques*, série VI, t. IV, septembre 1880.

le dire, la diversité des opinions qui règnent à cet égard s'explique par le petit nombre de faits qui ont été publiés. Nous ne saurions donc assez vivement engager les observateurs qui ont rencontré des cas de ce genre à les faire connaître ; ils rendront ainsi un grand service à la science.

Les symptômes de la paralysie générale d'origine saturnine offrent avec ceux de la paralysie générale proprement dite quelques analogies ; mais il existe aussi de nombreuses différences dans la physionomie de ces deux affections. Chez les saturnins, c'est la démence qui semble au premier abord dominer tout l'ensemble de la situation. Le malade est obtus, stupide, hébété ; son délire semble plus effacé que chez les vrais paralytiques. Quelquefois cependant on constate des idées ambitieuses, d'une forme bizarre, comme chez cet homme qui, se croyant déjà très grand et très fort, voulait monter sur des échasses pour se grandir encore. Mais, en général, c'est par l'effacement intellectuel, par l'abolition de la mémoire, par la malpropreté et par d'autres signes d'une dégradation profonde que se font tout d'abord remarquer les malades. L'embarras de la parole est souvent très prononcé ; mais, par contre, l'inégalité pupillaire est moins souvent observée que chez les vrais paralytiques. Enfin il existe un tremblement très prononcé des membres (tremblement saturnin), quelquefois aussi des paralysies et d'autres signes de la cachexie saturnine.

Ce tableau symptomatique est des plus alarmants ; mais, contrairement à ce qu'on voit dans les cas de véritable paralysie générale, le malade, soustrait à l'action du plomb, tend à se rétablir, l'intelligence s'éclaircit, les idées reviennent, et c'est surtout alors qu'on voit s'accentuer une disposition à la méchanceté, à la malveillance, à la mauvaise

humeur, qui fait un contraste évident avec la bienveillance habituelle des vrais paralytiques. Enfin, le malade, après un temps variable, mais qui ne dépasse pas habituellement une année, rentre en possession de lui-même et retrouve ses facultés intellectuelles. Il ne faudrait point supposer cependant que la terminaison de la maladie est toujours heureuse ; chez certains sujets, la marche de la maladie suit une pente fâcheuse, et la mort arrive, comme chez les paralytiques, au milieu d'un affaissement général.

Sur les treize cas que possède la science, il en est dix qui se sont terminés par la guérison ou l'amélioration. Mais il est incontestable que, chez les individus frappés une première fois par le poison, les récidives sont fréquentes, lorsqu'ils s'exposent de nouveau à l'action du plomb.

Il est donc évident que, si l'encéphalopathie saturnine peut emprunter quelquefois le masque de la paralysie générale, elle ne doit point être confondue avec cette affection. Dans le premier cas, il s'agit d'un empoisonnement du cerveau, dont la marche est subordonnée à l'élimination de l'agent toxique ; lorsqu'une fois il a été chassé de l'économie, les facultés reparaissent, et la raison reprend son empire. Dans le second cas, au contraire, il s'agit d'une affection à marche envahissante, qui conduit presque fatalement à la mort.

Nous avons longuement insisté sur la forme délirante de l'encéphalopathie saturnine ; nous passerons rapidement sur les autres variétés symptomatiques, qui présentent moins d'intérêt à notre point de vue spécial.

La forme convulsive ou épileptique est, d'après Grisolle, la plus fréquente de toutes. Elle peut débuter par le vertige, mais ne paraît point être précédée par une aura. Sous tous

les autres rapports, les accès ressemblent absolument à ceux du *haut mal;* ils ont une tendance à se reproduire à de très courts intervalles, et le malade peut, dans une seule journée, avoir un grand nombre d'attaques ; enfin, comme dans toutes les formes du saturnisme cérébral, la mort peut venir subitement fermer la scène, et cette terminaison soudaine est plus fréquente dans la forme convulsive que dans toutes les autres variétés de l'encéphalopathie saturnine.

La forme comateuse, moins fréquente que les autres, peut leur succéder ; mais il est des cas où elle se développe d'emblée. Le malade tombe alors dans un engourdissement de plus en plus profond, il a l'aspect d'un homme endormi, il devient de plus en plus insensible aux excitations extérieures ; mais de temps en temps ce sommeil léthargique est interrompu par des cris, des plaintes, de l'agitation inconsciente. Souvent les paupières sont largement ouvertes ; mais le malade, comme s'il était frappé d'amaurose, paraît incapable de distinguer les objets extérieurs.

Cet état peut se terminer par la mort ; mais le plus souvent les accidents se dissipent peu à peu, le malade reprend connaissance, et le premier sentiment qu'il éprouve est celui de la faim. Il est presque inutile de dire qu'il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Les trois formes qui viennent d'être décrites peuvent se combiner entre elles pour constituer une forme mixte dans laquelle les accidents se succèdent suivant un ordre et des groupements très divers.

Enfin, l'on pourrait admettre une cinquième forme qu'on pourrait appeler la forme apoplectique ; elle est caractérisée par des hémorrhagies cérébrales, qui surviennent, soit après

les accidents convulsifs (Lemaire), soit au cours des autres manifestations, comme dans le cas de Berger (1).

Messieurs, les accidents que nous venons d'étudier sont-ils en rapport avec l'albuminurie saturnine, signalée pour la première fois par M. le docteur Ollivier, et avec les néphrites, qui ont été observées chez les saturnins? Cette question est encore en litige, et nous ne saurions avoir la prétention de la résoudre, pour ainsi dire, en courant. Il doit nous suffire de vous avoir signalé la possibilité du fait.

J'arrive maintenant au point le plus intéressant, à la partie vraiment scientifique de la question ; je veux parler de l'anatomie pathologique.

Les lésions anatomiques de l'encéphalopathie saturnine sont encore très imparfaitement connues, et nous ne sommes pas beaucoup plus avancés sous ce rapport que ne l'étaient Grisolle et Tanquerel des Planches. En laissant de côté les cas où l'intoxication, probablement superficielle, n'a point laissé de traces dans l'encéphale, on peut dire que la lésion la plus commune est une sorte d'hypertrophie apparente. Les circonvolutions sont tassées les unes contre les autres ; elles sont dures et résistantes, et les sillons sont presque effacés, de sorte que la surface des hémisphères est presque unie. Le cerveau présente une teinte ictéroïde, la pulpe cérébrale est exsangue ; enfin, sauf les cas de ramollissement circonscrit, la consistance du cerveau ressemble à celle de la pâte de guimauve (Martin-Solon). La capacité des cavités ventriculaires est diminuée ; elles ne renferment point de sérosité.

Une coupe pratiquée à travers la substance cérébrale

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1874, p. 122.

montre la pâleur de la substance grise, qu'il est difficile de distinguer de la substance blanche. Cette pâleur de la substance grise paraît tenir à l'anémie, qui est incontestablement la lésion la plus habituelle et la plus constante de l'encéphalopathie saturnine.

L'histologie jusqu'à présent ne nous a rien appris sur les lésions de l'encéphale dans l'empoisonnement saturnin. « Quand on veut chercher à savoir, dit M. le professeur Renaut dans sa thèse d'agrégation, si le cerveau des saturnins présente des modifications histologiques en rapport avec l'intoxication plombique, on n'en peut trouver aucune, même en employant les meilleures méthodes (1). »

La chimie nous apprend qu'il existe, chez les sujets atteints d'encéphalopathie saturnine, du plomb dans le cerveau ; cependant, lorsqu'on a eu soin d'enlever les méninges, d'essuyer la surface du cerveau et d'injecter de l'eau dans les artères, on ne trouve aucune trace de ce métal, comme dans le cas de M. Moutard-Martin (2).

Il nous reste à parler des lésions signalées par M. Devouges dans la paralysie générale saturnine. Ce sont surtout des adhérences qui unissent les hémisphères entre eux et avec les méninges; une sorte de matière glutineuse semble coller ensemble ces diverses parties. Dans d'autres cas, on a trouvé des adhérences de la base du cerveau à la dure-mère (3). On a constaté aussi des fausses membranes de la dure-mère et du ramollissement cérébral.

Ces lésions sont-elles suffisantes pour constituer un type

(1) Renaut, thèse d'agrégation, Paris 1875. *De l'intoxication saturnine chronique*, p. 55.

(2) Renaut, thèse citée, p. 56.

(1) Sesselmann, *De l'encéphalopathie chronique d'origine saturnine* (thèse de Nancy, 1879, p. 54).

spécial et pour nous autoriser à admettre l'existence d'une paralysie générale d'origine saturnine? Evidemment non; car, nous le savons aujourd'hui, les adhérences du cerveau aux méninges sont loin d'offrir l'importance qu'on leur attribuait autrefois. On les rencontre non seulement dans la paralysie générale, mais aussi dans le délire aigu et dans d'autres affections de l'encéphale. Il n'est donc nullement étonnant que l'action du plomb puisse quelquefois aussi les produire.

Il existe donc des lésions anatomiques très nettement caractérisées dans beaucoup de cas de délire saturnin; mais la dénomination qui leur convient le mieux est celle de *méningite*, et, dans l'état actuel de la science, on ne saurait aller plus loin.

Quant à l'action du plomb sur les centres nerveux, elle a donné naissance à plusieurs hypothèses qu'il me paraît suffisant de vous indiquer d'une manière très succincte.

Hermann admet que, de même que la colique saturnine, l'encéphalopathie est produite par l'irritation que détermine le plomb dans la substance cérébrale. Il y aurait une sorte d'intolérance des éléments de l'encéphale pour ce corps toxique: mais c'est là une pure hypothèse; et puisque l'auteur admet la présence du poison dans la masse du sang, il devrait nous expliquer pourquoi, dans certains cas, le métal, circulant dans les artères du cerveau, détermine les symptômes de l'encéphalopathie, tandis que, dans d'autres cas, l'organe demeure indifférent en présence des mêmes excitations et ne réagit point.

Rosenstein croit devoir rapporter les troubles encéphalopathiques à l'anémie, qui résulte de la contracture des petits vaisseaux.

Enfin, M. Danjoy paraît avoir prouvé que l'urémie est

quelquefois responsable des accidents observés. On sait, en effet, que le rein des saturnins est souvent atteint de néphrite interstitielle atrophique.

Pour résumer l'ensemble de nos connaissances sur ce point, nous dirons que l'encéphalopathie saturnine nous est mieux connue par ses symptômes que par ses lésions, et que la physiologie pathologique de cette affection échappe jusqu'ici complètement à toutes les recherches.

Le pronostic de la folie saturnine est extrêmement grave : d'abord parce que la mort peut survenir brusquement dans toutes les formes de la maladie, et surtout dans la forme convulsive; ensuite parce que les récidives sont extrêmement faciles et fréquentes, et enfin parce que certaines formes de la maladie marchent rapidement vers la démence. Il n'en est pas moins vrai qu'on peut espérer la guérison dans la plupart des cas, et que, dans la forme délirante, la guérison est la règle. Au reste, le rétablissement du malade est en quelque sorte une question de degré. Quand l'empoisonnement est léger, les accidents se dissipent avec facilité ; quand il est intense, la guérison est plus difficile. La gravité du pronostic est donc en raison directe de la profondeur de l'imprégnation.

La pseudo-paralysie générale saturnine est incontestablement une forme plus grave que les autres variétés d'aliénation mentale qui peuvent succéder à l'empoisonnement par le plomb; elle semble coïncider, en effet, avec des lésions beaucoup plus accentuées des méninges et de la substance corticale.

L'épilepsie, ou, si l'on veut, l'éclampsie, est à coup sûr la plus fâcheuse de toutes les manifestations de l'encéphalopathie saturnine, soit qu'elle se présente isolément,

soit qu'elle vienne compliquer les autres formes. Nous avons vu en effet qu'elle pouvait souvent conduire à la mort subite. Quant à son influence fâcheuse sur l'état intellectuel, elle n'est point contestable. Les facultés du malade baissent après chaque attaque.

Le traitement de la folie saturnine, en dehors des indications générales qui s'appliquent à l'empoisonnement par le plomb, présente une indication formelle : c'est l'emploi de l'iodure de potassium ; soit qu'il agisse pour favoriser l'élimination du poison, soit qu'il en neutralise les effets, ce médicament donne incontestablement des résultats avantageux dans le traitement de cette maladie.

Comme il est nécessaire de l'administrer pendant très longtamps, il est préférable de le donner à petites doses, afin de mieux en assurer la tolérance. On ne doit point dépasser la limite de 1 gramme par jour.

En dehors de ce médicament, les soins hygiéniques, les purgatifs, les bains, l'hydrothérapie peuvent rendre de très réels services. Une nourriture généreuse et reconstituante est éminemment nécessaire ; mais on devra user très sobrement du vin et des autres boissons de même nature, car la plupart des saturnins sont alcooliques, et ceux qui ne méritent point ce reproche ont un cerveau facilement impressionné par les spiritueux.

TRENTIÈME LEÇON

DE L'ALCOOLISME AIGU.

Sommaire. — L'alcoolisme à notre époque. — Différence d'origine des alcools. — Prédispositions individuelles. — Inégalité de la force de résistance chez les anciens et chez les modernes. — Immunité des riches par rapport aux pauvres. — Influence des prédispositions héréditaires et individuelles. — Alcoolisme latent de la cinquantaine. — Mode d'action de l'alcool. — Période d'excitation. — Anesthésie morale. — Période ébrieuse. — Troubles sensoriels. — Troubles de la motilité. — Délire particulier. — Incohérence. — Entêtement. — Période comateuse. — Ivresse convulsive. — Amnésie. — Lésions anatomiques de l'ivresse. — Traitement.

Messieurs,

De tous les poisons qui peuvent, à divers degrés, exercer une influence délétère sur l'économie, l'alcool est incontestablement celui dont les effets ont été le plus soigneusement décrits et le plus minutieusement étudiés.

Les innombrables travaux consacrés depuis tant d'années à cette question, constituent à eux seuls un chapitre tout entier de la pathologie ; et s'il nous fallait embrasser le problème dans son vaste ensemble, nous serions forcés d'aborder des sujets absolument étrangers à la médecine mentale.

L'alcool, en effet, exerce ses ravages sur presque tous les organes, sur presque tous les tissus de l'économie.

Le cœur, les poumons, le foie, les organes digestifs, les glandes, les muscles, le tissu cellulaire et les os subissent

tour à tour son influence nocive; et les lésions qu'il détermine sur tant de points divers sont un trésor inépuisable pour l'anatomie pathologique.

Mais, dans le champ plus restreint où nous devons nous mouvoir, c'est le délire, ce sont les troubles encéphaliques et les désordres du système nerveux qui, seuls, vont occuper notre attention; les autres éléments de la maladie ne serviront qu'à compléter cette étude.

Si nous en croyons la plupart des observateurs modernes, l'alcool ferait aujourd'hui plus de victimes qu'à toute autre époque de l'histoire; et, pénétrant de plus en plus dans nos usages, il modifierait la physionomie naturelle de l'aliénation mentale.

Et pourtant, Bacchus est un dieu toujours jeune, et l'ivresse est de tous les temps et de tous les siècles; les générations qui nous ont précédés lui ont presque exclusivement demandé la stimulation nécessaire pour lutter contre les difficultés de la vie, et les poètes de toutes les époques, depuis le vieil Anacréon jusqu'à notre moderne Alfred de Musset, lui ont souvent emprunté la meilleure partie de leurs inspirations. L'histoire nous apprend que les Romains connaissaient à merveille tous les effets pathologiques de l'alcoolisme, et ces grands conquérants nous surpassaient autant par l'intensité de leurs orgies que par l'immensité de leur puissance. Quant aux robustes buveurs des deux siècles derniers, ils regarderaient avec mépris leur postérité dégénérée, qui peut à peine supporter quelques bouteilles de vin.

Si donc il est vrai que nous sommes des victimes de l'alcoolisme à un degré plus élevé que nos ancêtres, cela tient, sans doute, à la différence qui nous sépare d'eux à

deux points de vue : au point de vue de la semence et au point de vue du terrain ; au point de vue de la boisson et au point de vue des consommateurs qui l'absorbent.

Autrefois, en France et dans tous les pays vinicoles, c'était le vin qui figurait presque seul dans tous les repas, et qui suffisait à tous les excès. Aussi les pays du nord étaient-ils le siège à peu près exclusif de cet ensemble de phénomènes que nous connaissons aujourd'hui sous le nom d'*alcoolisme*. C'est là qu'on buvait avec excès des eaux-de-vie malsaines tirées de la distillation des grains.

C'est qu'en effet, il n'y a pas seulement un alcool, mais des alcools, ou, comme on dit généralement, des *esprits*.

On fabrique de l'alcool avec du jus de raisin ; — avec des graines de céréales ; — avec la canne à sucre ; — avec le sorgho ; — avec la betterave ; — avec la pomme de terre ; — avec la mélasse ; — avec le chiendent ; — avec les fruits pourris ; — avec les vieux chiffons ; — avec la sciure de bois.

Or, ce serait une erreur profonde de supposer que tous ces produits divers sont identiques au point de vue de la composition chimique et de leur action sur l'organisme.

Il existe, en effet, une différence profonde et radicale entre l'homme qui s'exalte agréablement l'intelligence avec du vieux bordeaux, et celui qui se grise stupidement avec des phlegmes de pommes de terre. Et, comme le comble de l'art consiste, au point de vue industriel, à tirer un parti lucratif des matières les plus viles, les progrès de la science nous rapprochent de plus en plus des produits obtenus par la distillation de la sciure de bois.

Traduisons en langage scientifique les considérations familières que nous venons d'exposer. Il existe un nombre prodigieux d'alcools, leur série est presque inépuisable ;

mais, pour nous en tenir aux alcools *monoatomiques*, ceux qu'on rencontre le plus souvent dans les boissons fermentées, ceux dont on fait un usage constant, sont les suivants :

L'alcool de vin (alcool éthylique), qui bout à 78°,5 ;

L'alcool de bois (alcool méthylique) qui bout à 66 degrés ;

L'alcool propylique ;

L'alcool butylique ;

L'alcool amylique.

Or, l'alcool de vin ou alcool éthylique est incontestablement le plus sain de tous. Certains observateurs ont prétendu que, s'il produisait de l'ivresse, il ne donnait jamais lieu aux lésions de l'alcoolisme qui résulteraient de l'emploi des alcools inférieurs.

L'alcool méthylique, beaucoup plus nuisible que l'alcool de vin, l'est infiniment moins que les alcools propylique, butylique, amylique. Or, les eaux-de-vie de grains, les produits du sorgho et de la canne à sucre, les alcools de pommes de terre et en général les *esprits* de qualité inférieure contiennent une assez forte proportion de ces alcools nuisibles, dont plusieurs, et surtout les trois derniers que nous avons énumérés, sont de véritables poisons.

D'après une théorie fort ingénieuse, dont M. Rabuteau s'est fait le défenseur, les alcools seraient d'autant plus toxiques que leur point d'ébullition serait plus élevé. Il semble, en effet, que cette condition les rend plus difficiles à éliminer de l'économie (1).

Mais ceci revient à dire, dans le langage des ouvriers, que le vin naturel ne fait jamais de mal. On connaît toute la

(1) Toutes les boissons fermentées, même le vin naturel, contiennent des alcools nuisibles. La différence réside dans les proportions ; aussi l'eau-de-vie de marc est-elle la plus mauvaise de toutes, parce qu'elle contient jusqu'à 2 et 3 pour 100 d'alcool amylique.

puissance de cet axiome, qui est accepté par les classes inférieures comme une parole d'évangile; or, il est incontestable qu'un grand nombre d'ivrognes, qui n'ont jamais usé que du vin naturel, sont tombés dans tous les désordres de l'alcoolisme.

A cette objection, on oppose une réponse assez plausible; le vin naturel, dit-on, n'existe plus; d'ailleurs, quelques-unes des pratiques qui l'altèrent ont été sanctionnées par l'Académie de médecine, qui, consultée sur ce point, a autorisé le *vinage*. Cette opération consiste, on le sait, à verser dans les vins trop faibles de l'alcool en nature pour mieux les conserver; mais les industriels qui emploient ces procédés ne vont évidemment pas ajouter à leurs vins de bonne eau-de-vie; ils achètent à vil prix de l'alcool de betterave ou de pommes de terre, introduisant ainsi dans la boisson qu'ils débitent les éléments toxiques que la nature en avait écartés.

Au reste, ce n'est point seulement aux alcools qu'il faut attribuer l'influence nocive des boissons fermentées. La différence bien connue entre le vin rouge et le vin blanc tient surtout à la présence de certains éléments aromatiques qui donnent au vin blanc des propriétés excitantes et le rendent très nuisible pour le système nerveux.

On ajoute, enfin, que l'alcoolisme est presque inconnu dans les pays vinicoles, où cependant l'ivrognerie n'est point rare.

Il est cependant incontestable, malgré cette ingénieuse argumentation, que le vin, même naturel, peut à la longue alcooliser les tissus quand on en use avec excès. Dans le canton de Vaud, en Suisse, où l'on consomme presque exclusivement le vin du pays, la cirrhose est fréquente et le délire alcoolique assez commun. Il n'en est pas moins vrai que le vin naturel est infiniment moins dangereux que les

liqueurs sophistiquées, et c'est là, peut-être, l'une des raisons de la supériorité des anciens sur les modernes.

Mais il est une différence de terrain dont il est impossible de ne pas tenir compte. Autrefois, le talent de boire faisait partie de l'éducation d'un gentilhomme, et celui qui ne savait supporter cinq ou six bouteilles de vin passait pour un manant. Les hommes du Nord conservaient d'ailleurs une supériorité notoire à cet égard sur les méridionaux et les Français. On connaît l'histoire de ce gentilhomme qui, ayant accompagné le prince de Conti en Pologne, fut obligé de prendre part à un festin dans lequel on célébrait l'arrivée du nouveau roi. Lorsqu'il voulut s'excuser en disant que sa santé l'empêchait de boire, les gentilshommes polonais s'écrièrent tous en chœur : « *Bibat et moriatur !* »

Aujourd'hui, nous n'en sommes plus là ; les modernes sont incontestablement plus sensibles aux influences de cette espèce ; ils se grisent plus facilement et supportent plus mal l'ivresse.

Un médecin américain fort distingué, M. Beard, est arrivé aux mêmes conclusions par l'observation des faits qui se passent autour de lui. Il démontre que les Américains de nos jours résistent infiniment moins à l'usage des boissons alcooliques que ne le faisaient leurs ancêtres. L'exagération de l'activité du système nerveux chez les modernes et son instabilité consécutive sont évidemment la raison principale de cette intolérance. Il n'en est pas moins vrai que nous possédons encore aujourd'hui de vénérables vieillards qui semblent, pour ainsi dire, se conserver dans l'alcool ; mais ce qui est aujourd'hui l'exception semblerait presque avoir été la règle autrefois. Il y a donc là une question de fréquence dont le sens ne saurait nous échapper.

Peut-être aussi faut-il tenir compte des différences de race. Les habitudes du Nord, introduites en France, ont trouvé des organismes moins aptes à y résister. On sait, d'ailleurs, combien est grande la part des idiosyncrasies. Tel individu se livre presque sans inconvénient à des excès prolongés, tel autre est incapable de braver le moindre écart de régime.

Nous arrivons donc, en définitive, à formuler cette conclusion un peu naïve : *l'alcool est très nuisible aux gens qui ne peuvent pas le supporter*. Les considérations qui précèdent vous permettront de bien saisir le sens de cette formule, qui n'est pas, au fond, aussi puérile qu'on pourrait le supposer.

Voyons maintenant quelles sont les conditions dans lesquelles le poison opère.

Le mot *alcoolisme* a été créé par Magnus Huss, qui observait en Suède, dans un pays où l'eau-de-vie de grains ou de pommes de terre est la boisson habituelle de toute la population. On estime à 4 ou 500 grammes par jour la quantité d'eau-de-vie qu'absorbe un ouvrier sobre d'ailleurs. On conçoit, dès lors, combien les accidents produits par cette intoxication chronique doivent être fréquents. On les observe moins souvent dans les pays où le vin est la boisson habituelle. La bière, le cidre et le poiré occupent, entre l'alcool et le vin, une position intermédiaire.

Mais il est une condition extrêmement importante et qui modifie notablement les effets de l'alcoolisme, surtout au point de vue intellectuel ; c'est la condition sociale, c'est l'hygiène de l'individu.

Un homme qui se nourrit bien, qui se soutient par des aliments variés et de premier choix, supporte infiniment mieux les effets de l'alcool qu'un misérable qui cherche,

en buvant, à tromper sa faim. L'empoisonnement est alors beaucoup plus intense et plus rapide, et, comme toutes les autres conditions hygiéniques, quand elles sont favorables, agissent pour retarder et diminuer les effets du poison, il en résulte pour les riches une immunité relative par rapport aux pauvres. Nous ajouterons que la prédisposition héréditaire et individuelle doit être prise en sérieuse considération. Le fils d'un alcoolique ou d'un aliéné est infiniment plus sensible aux effets psychologiques des boissons spiritueuses que tout autre individu; à plus forte raison, s'il est ou s'il a été lui-même aliéné.

On comprend donc que les hommes robustes, nés d'une lignée parfaitement saine, vivant dans des conditions hygiéniques favorables, et se soutenant par une bonne nourriture, puissent supporter des excès alcooliques très sérieux, surtout s'ils sont habituels. Ils arrivent souvent alors à cet état d'alcoolisme latent qui se rencontre souvent chez les hommes qui ont atteint ou dépassé la cinquantaine. Les habitudes sont correctes, la tenue est parfaite; l'alcool n'est ingéré qu'à des heures régulières et toujours les mêmes; jamais on ne constate chez eux la moindre trace d'ébriété; mais, vers un certain âge, l'esprit s'engourdit, l'intelligence s'ankylose, et les hommes de cette espèce, sans négliger en aucune manière les devoirs de leur position, s'enferment de plus en plus dans la routine et deviennent incapables, je ne dis point d'accepter, mais de comprendre une idée nouvelle. Cet état intellectuel n'est pas exclusivement propre, comme on le croit généralement, aux vieux militaires; il se rencontre très souvent chez des gens du monde parfaitement corrects, mais vivant bien, et qui réussissent à s'immobiliser l'intelligence par l'alcool, sans avoir jamais éprouvé de désordres graves ou bruyants.

Je ne chercherai point, messieurs, à vous rappeler les théories diverses qui ont été émises sur le mode d'action de l'alcool depuis Liebig jusqu'à nos jours. Qu'il nous suffise de savoir que, se fixant en nature dans les tissus, il se porte de préférence sur le foie et le cerveau. Voilà pourquoi il exerce une action élective sur le système nerveux.

A ce dernier point de vue, qui est le nôtre, il faut lui reconnaître deux modes d'action : il produit l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique.

Alcoolisme aigu. — L'alcool est un poison ; donc, ingéré à forte dose, il peut tuer un homme sur le coup ; c'est ce qui arrive à ces buveurs insensés qui font le pari de vider un litre d'eau-de-vie d'un seul trait. On les a vus souvent tomber morts sur le carreau, après l'accomplissement de leur prouesse.

Mais, en général, son action est infiniment moins brutale : à dose modérée, il réconforte, il stimule, il développe les forces physiques et morales ; à dose élevée, il enivre ; à dose exagérée, il abrutit.

Les quantités nécessaires pour produire cet effet varient nécessairement avec les habitudes de l'individu, avec son tempérament, avec le climat et les autres conditions sur lesquelles nous venons d'insister. Mais, dans la marche ascendante qui conduit vers l'ivresse et plus tard vers l'abrutissement, il existe trois périodes bien nettement définies, dont les symptômes sont à peu près constants.

D'abord, la période d'excitation ; elle est caractérisée (à un degré suffisamment élevé) par un vrai délire dont les phénomènes sont variables, et qui s'annonce, en général, par de la gaieté, de la tendresse, par une bienveillance universelle. Il est des gens qui ont le vin triste ; mais la plupart des buveurs, à cette première période, sont gais, aimables,

bien disposés; ils manifestent des penchants érotiques, souvent assez accentués; mais ce qui domine avant tout, c'est une sorte d'anesthésie morale. Comme dans le rêve, l'alcoolique à ce moment ne s'étonne de rien; il voit les actes les plus étranges sans en être surpris, il entend sans sourciller les propositions les plus saugrenues : on lui propose d'aller se jeter à la rivière, et s'il n'obéit pas lui-même à ce conseil, il trouve fort naturel que ses amis le suivent, puisque tel est leur bon plaisir. En un mot, il a perdu le sentiment de la réalité.

Mais, si les excès continuent, on voit survenir la période ébrieuse, caractérisée d'abord par des troubles sensoriels, puis par des troubles de la motilité, puis enfin par des phénomènes intellectuels d'une nature spéciale et caractéristique.

On observe d'abord de la diplopie, puis ensuite des illusions et des hallucinations de la vue, quelquefois de la paracousie, parfois même des troubles des autres sens. J'ai connu un infirmier alcoolique qui, dans ses accès d'ivresse, éprouvait une hallucination tactile fort singulière : toutes les fois qu'il était ivre, il croyait recevoir des coups de poing dans le dos; pour s'en garantir, il s'appuyait contre un mur; mais à sa grande surprise, malgré ce rempart, les coups redoublaient d'une manière absolument inexplicable pour lui.

En même temps, il se produit des troubles de la motilité, dont les plus fréquents sont l'embarras de la parole et la titubation.

Enfin, un délire particulier s'empare de l'ivrogne : ce sont des impulsions auxquelles sa volonté engourdie ne saurait résister et qui le poussent souvent aux actes les plus graves. En effet, la seconde période de l'alcoolisme est, comme on l'a dit, *la période du crime.*

En dehors de ces violences, l'alcoolique est insupportablement bavard ; son activité, quand elle ne s'évapore pas en violences, se dépense en paroles. Ses discours sont absolument incohérents, et la rapidité avec laquelle se succèdent les idées le rend d'une mobilité incessante ; il saute sans transition d'une idée à une autre et ne peut pas terminer un raisonnement ; mais à côté de ce défaut de suite dans les idées se place le phénomène inverse ; je veux parler de cet entêtement, de cette obstination qui écarte tous les obstacles pour revenir constamment au même but. Voilà pourquoi l'ivrogne est si dangereux quand il s'est absolument mis en tête de commettre un crime. Voilà pourquoi, dans un ordre d'idées moins tragique, il reviendra dix fois frapper aux volets fermés du cabaret dont on l'a chassé, jusqu'au moment où, surpris brusquement par la troisième période de l'ivresse, il glisse dans ses propres déjections et s'endort lourdement sur le pavé.

La période comateuse vient en effet clore la scène ; le malade dort profondément, pendant qu'une sueur profuse vient inonder toute la surface du corps. A ce moment, il est plus ou moins profondément anesthésique ; on a vu des ivrognes, comme les épileptiques, tomber dans le feu et se faire de profondes brûlures sans les sentir ; on a vu des gens grièvement blessés, en état d'ivresse, subir des opérations graves et des amputations dans un état d'anesthésie aussi complet que celui du chloroforme.

Au réveil, le sujet éprove un malaise plus ou moins profond, mais qui se dissipe assez volontiers. Quelquefois cependant les conséquences d'une orgie sont plus graves : on a vu survenir, en pareil cas, des pneumonies souvent mortelles, de l'ictère, et même un ictère malin.

Il est de nombreuses variétés à signaler, et les phéno-

mènes sont loin de se dérouler toujours avec la régularité que nous leur avons attribuée. Je vous signalerai surtout l'ivresse convulsive dans laquelle le malade a des accès épileptiformes, et l'ivresse amnésique, dans laquelle tout souvenir de ce qui s'est passé pendant l'orgie est perdu. M. Beard en cite un cas remarquable. Un employé de commerce, venu à New-York pour s'occuper des affaires de son patron, se grisa complètement; pendant trois ou quatre jours il parcourut la ville, s'acquittant des commissions qui lui avaient été confiées; et lorsque l'ivresse fut dissipée, il n'avait aucun souvenir de ce qu'il avait fait et croyait avoir à recommencer sa tournée.

Enfin, il est un état d'hébétude qui peut se prolonger plusieurs jours après une orgie et pendant lequel le malade reste dans une sorte de demi-stupeur confuse, n'ayant qu'une conscience très imparfaite de ses actions. Je pourrais vous en citer plusieurs exemples; je me contenterai de vous rappeler l'observation d'un jeune homme entré dans mon service à l'hôpital Lariboisière, où je remplaçais temporairement un médecin absent; il présentait un état d'hébétude intellectuelle qui faisait craindre une méningite ou une fièvre typhoïde. Ce fut seulement cinq ou six jours plus tard que, revenu à lui-même, il nous apprit qu'à la suite d'une violente discussion avec sa mère, il s'était outrageusement grisé. Ce n'était pas d'ailleurs un buveur d'habitude; il s'agissait donc bien d'un cas d'alcoolisme aigu, se prolongeant pendant une longue durée de temps.

Lésions anatomiques. — Nous savons qu'on peut mourir en état d'ivresse; on connaît donc les lésions (au moins macroscopiques) de l'alcoolisme aigu; ce sont des congestions multiples, portant surtout sur les méninges, sur le

cerveau et sur les organes respiratoires ; le sang est noir, fluide et souvent chargé de graisse. Dans les cas les plus prononcés, on constate des hémorrhagies méningées et cérébrales, quelquefois aussi l'apoplexie pulomonaire.

En résumé, nous sommes en présence des lésions de l'asphyxie, et cet état semble résulter d'une sidération du système nerveux.

Notons enfin que, comme l'a fait observer Tardieu, les blessures même légères peuvent être mortelles dans cet état.

Traitement. — Il me reste à vous dire quelques mots sur le traitement de l'alcoolisme aigu.

L'ivresse, quand elle est légère, se dissipe spontanément ; elle peut, sans inconvénient, être abandonnée à elle-même. Veut-on accélérer le retour à l'état normal, les effets presque instantanés des sels d'ammoniaque sont généralement connus. Quand les accidents sont plus graves, l'une des premières indications, comme dans la plupart des empoisonnements, est d'évacuer l'estomac, soit avec les vomitifs (1), soit avec la pompe stomacale ; mais ces moyens restent sans action quand le poison a été absorbé. Il faut alors, en présence d'un cas d'ivresse grave, administrer le café, les préparations ammoniacales, les stimulants diffusibles, et quand il existe de l'asphyxie, pratiquer une révulsion énergique à la surface cutanée par les frictions, le massage et les sinapismes. Quelquefois, il faut recourir à la respiration artificielle, et même à la trachéotomie, qui facilite l'entrée de l'air dans les bronches. Quand l'hébétude alcoolique se prolonge pendant plusieurs jours, l'opium

(1) On pourrait, en pareil cas, employer les injections hypodermiques d'apomorphine, qui produisent des vomissements instantanés, et dispensent le sujet de tout effort de déglutition.

et la morphine, à doses modérées, peuvent rendre quelques services, ainsi que les lavements de café.

Enfin, il est de la plus haute importance de se prémunir contre les dangers du refroidissement, qui, surprenant un homme en état d'ivresse complète, peut souvent occasionner la mort.

Il est un moyen de traitement qui semble rationnel au premier abord et qui a été quelquefois employé avec succès, dit-on, c'est la saignée. Il existe, en effet, une congestion de tous les organes, et surtout de l'encéphale ; il semble donc assez naturel d'opérer une déplétion rapide des vaisseaux ; mais il est incontestable que plus d'une fois la phlébotomie, pratiquée chez des sujets en état d'ivresse, a déterminé la mort immédiate. Pour moi, je redoute les conséquences d'un pareil traitement, et s'il fallait absolument y recourir, je préférerais, à l'ouverture de la veine, les ventouses scarifiées, qui sont un puissant moyen de révulsion.

Au reste, il est peu de praticiens qui, mandés auprès d'un homme en plein alcoolisme, songeraient aujourd'hui à pratiquer une saignée; mais, à l'époque où les émissions sanguines étaient en vogue contre l'apoplexie, on a pu, sans le savoir, commettre une erreur de traitement, résultat direct d'une erreur de diagnostic. C'est une méprise de ce genre qui a coûté la vie à l'un des plus grands seigneurs de l'Angleterre ; tombé dans un escalier à la suite d'une orgie, il fut saigné par des médecins qui, le voyant sans connaissance, crurent à une congestion cérébrale. Il s'agissait d'un accès d'alcoolisme aigu, et le malade mourut entre leurs mains. Les accidents de ce genre sont aujourd'hui moins à craindre, la saignée ayant perdu presque tout le crédit dont elle jouissait autrefois.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

DU DELIRIUM TREMENS.

SOMMAIRE. — Historique. — Causes du delirium tremens. — Alcoolisme. Affections aiguës. — Causes d'affaiblissement. — Emotions morales. — Excès habituels. — Orgies. — Age, sexe, hérédité. — Suppression du stimulant. — Prodromes physiques. — Prodromes psychologiques. — Symptômes de la maladie. — Insomnie. — Hallucinations. — Terreurs. — Sitophobie. — Subdélirium. — Tremblement. — Sueurs. — Etat du pouls. — Température. — Forme fébrile à température élevée. — Terminaison. — Durée. — Diagnostic. — Pneumonie. — Fièvre typhoïde. — Méningite. — Urémie. — Erysipèle. — Lésions chirurgicales. — Paralysie générale. — Encéphalopathie saturnine. — Manie aiguë. — Délire aigu. — Pronostic. — Anatomie pathologique. — Traitement. — Trois catégories de sujets. — Moyens qui leur sont applicables.

MESSIEURS,

Il est un état pathologique placé, en quelque sorte, sur la frontière de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique, et qui ressemble à un pont jeté entre les deux grandes phases de l'intoxication par l'alcool. C'est le delirium tremens ou délire tremblant, affection grave et qui semble représenter par rapport à l'alcoolisme ordinaire la même aggravation que le délire aigu par rapport à la manie et à l'état maniaque.

Messieurs, dès les premiers temps de la médecine, l'on a soigné des buveurs et on a vu se produire des cas de delirium tremens. Hippocrate en a très certainement rapporté des exemples; Aristote semble en avoir décrit les sym-

ptômes chez Denis de Syracuse, qui eut un accès d'ivresse pendant vingt-quatre jours (orgie vraiment royale). Enfin, nos prédécesseurs des deux derniers siècles nous ont laissé des observations qui paraissent évidemment s'y rapporter. Et pourtant le nom et la chose ne datent pas de loin, et il n'y a guère plus de soixante ans que l'on reconnaît l'existence d'une maladie aiguë offrant une physionomie toute spéciale et se rattachant comme origine à l'imprégnation alcoolique.

C'était en 1813 : les guerres de Napoléon étaient en pleine activité et la contrebande introduisait sur les côtes de l'Angleterre les plus voisines du continent, et spécialement dans le comté de Kent, d'énormes quantités d'alcool étranger. La population maritime de ces parages abusait, par conséquent, de toutes les liqueurs fortes qu'elle contribuait à introduire dans le pays, et ce fut alors que Sutton, qui exerçait la médecine dans ces parages, fut frappé de voir qu'il existait chez les gens du peuple, et spécialement chez les matelots, une sorte de fièvre accompagnée de tremblement qui guérissait par l'opium, mais s'aggravait par les saignées. A cette forme spéciale de manie, il donna le nom de *delirium tremens*, sans rattacher directement ces accidents à l'abus des boissons alcooliques ; et c'est seulement à partir du travail de Sutton que le delirium tremens a été reconnu comme une espèce à part, comme une maladie spéciale. Six ans plus tard, Rayer publiait un mémoire dans lequel il rattachait ces accidents à leur véritable cause, et créait le mot *œnomanie*, qui n'a point survécu. Vinrent ensuite les travaux de Blake, de Ware, de Copland, de Calmeil et de plusieurs autres auteurs, qui firent connaître la nature et les symptômes de cette affection.

Dupuytren signala, en 1826, le délire nerveux des bles-

sés et des opérés, qu'il regardait comme un état spécial. Nous savons aujourd'hui qu'il ne s'agit ici que du délire tremblant développé à l'occasion d'un accident ou d'un traumatisme, chez des sujets adonnés à l'abus des liqueurs.

Enfin, Gubler et plus récemment MM. Motet et Magnan ont étudié avec un grand soin cette question, qui se trouve résumée dans les grands dictionnaires de médecine publiés en France et en Allemagne.

Il est invariablement admis de nos jours que le delirium tremens se produit *a potu nimio* ou bien *a potu suspenso*. Mais on peut se demander si l'alcool en est toujours le point de départ obligé. On a incriminé l'opium et les excès intellectuels prolongés, surtout chez les jeunes filles. Tel est du moins le résultat des observations de Johnson. Mais il faut se méfier, en pareil cas, surtout s'il s'agit de jeunes Anglaises, car l'alcoolisme, peu connu chez nous parmi les femmes des classes élevées, se rencontre souvent chez les Anglaises de la meilleure société, qui ont parfois au fond d'une armoire un consolateur secret auquel elles ont recours dans toutes les afflictions de la vie.

Citons à ce sujet une observation de Rayer qui montre bien à quel point il faut se défier des apparences.

Une cuisinière avait été employée toute la journée à éponger une armoire dans laquelle on avait renversé plusieurs bouteilles de cognac et de kirsch. A la suite de ce travail, elle fut prise d'un accès de délire tremblant qui fut attribué aux vapeurs alcooliques, car la sobriété de cette femme était garantie. Mais une semaine plus tard elle eut un second accès, et, cette fois, on crut devoir la renvoyer. Quelques jours plus tard, on la trouva ivre-morte dans la rue.

Il est donc bien permis, en pratique, d'attribuer à des abus alcooliques tous les cas de ce genre qu'on aura l'occa-

sion d'observer. En suivant cette règle, on se trompera bien rarement.

Nous laisserons de côté dans cette leçon tous les cas plus ou moins authentiques qui ne relèvent point de l'alcoolisme et nous nous occuperons exclusivement de ceux qui reconnaissent pour origine l'intervention de cet agent toxique.

Mais, au seuil même de la question, une distinction des plus importantes vient s'imposer à nous et dominer l'histoire tout entière de la maladie.

L'usage habituel des boissons fermentées détermine une prédisposition spéciale, et chez les sujets ainsi préparés le délire peut éclater, soit à l'occasion d'un accident imprévu, soit par la suppression de l'excitant habituel. Dès lors, il faut ranger parmi les causes du délire tremblant toutes les affections aiguës qui peuvent survenir chez les alcooliques, plus spécialement les blessures, la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la scarlatine et l'érysipèle, surtout du cuir chevelu. Il faut y joindre la plupart des causes d'affaiblissement ; telles sont l'inanition, les suppurations, et même la blennorrhagie, travail intellectuel, les veilles prolongées, les excès vénériens et les vives émotions morales. Bennett, cité par Tweedie, rapporte le cas d'un jeune homme qui, chapitré par son père à cause de sa mauvaise conduite, fut saisi presque immédiatement d'un accès de delirium tremens.

Telle est incontestablement l'une des formes étiologiques de la maladie ; le fusil est chargé, le coup part, mais il ne part pas tout seul, il a fallu un choc pour déterminer la décharge.

Il est une autre forme étiologique dans laquelle l'alcool se suffit à lui-même. On la rencontre surtout chez les gens

qui se grisent habituellement, mais avec discrétion et sans causer de scandale; on la rencontre aussi chez les ouvriers qui travaillent dans les cours dont l'atmosphère est chargée de vapeurs alcooliques. Enfin, le délire peut éclater brusquement à la suite d'une orgie.

Il faut ajouter, à la suite des causes, certaines prédispositions générales.

Citons d'abord l'âge. Chez l'homme, c'est surtout de trente à cinquante ans que la maladie éclate. Chez la femme, c'est surtout à l'époque de la ménopause, période de la vie où les goûts alcooliques se développent souvent. On cite aussi l'influence des saisons. Les chaleurs de l'été paraissent y être spécialement favorables. L'affaiblissement de la santé générale paraît également créer une prédisposition fâcheuse à cet égard.

Mais l'un des principaux facteurs, c'est incontestablement l'hérédité. Les descendants d'alcooliques sont tout spécialement enclins à commettre des excès dont ils supportent très mal les conséquences. Il existe sous ce rapport une différence marquée entre les races humaines. C'est ainsi qu'à l'extrémité de l'Afrique, les Hottentots, ivrognes par excellence, faiblissent rapidement sous l'influence de l'alcool. Les Cafres et les Zoulous résistent beaucoup mieux. Ils se grisent aussi quand ils en trouvent l'occasion, mais c'est une race supérieure, pleine d'énergie, d'intelligence et de qualités militaires. On comprend donc la résistance qu'elle offre aux effets d'un poison qui triomphe plus facilement des organisations inférieures.

Reste enfin l'influence de la suppresssion du stimulant. Signalée par Cumming et Blake, elle a été contestée par Laycock et Anstie, mais elle est universellement admise aujourd'hui.

Ces données étiologiques une fois posées, voyons quelle est l'évolution de la maladie. Presque toujours les accidents sont annoncés par des prodromes. On a vu sans doute le délire tremblant éclater au cours même d'une orgie prolongée; mais il faut bien savoir que l'une des premières manifestations de la maladie est précisément la dipsomanie, le besoin de s'enivrer. Ainsi donc, il arrive souvent que la débauche est un effet et non pas une cause. Cumming rapporte les propos d'une jeune fille qui disait de son père : « Nous sommes toujours avertis quand un accès doit arriver, car il se met à boire et devient méchant. »

Parmi les prodromes de l'accès, les uns sont physiques, les autres psychologiques. Parmi les premiers, nous citerons surtout l'embarras gastrique, l'angoisse précordiale, la céphalalgie, les vertiges, les transpirations excessives, un tremblement léger des mains et de la langue, accompagné quelquefois d'un certain trouble de la parole ; de l'hypéresthésie et des troubles sensoriels, tels que l'hyperacousie et même les hallucinations de la vue. Enfin, le sommeil est troublé, et si le malade échappe à l'insomnie, il a des cauchemars et des rêves terrifiants.

L'instabilité du caractère et le malaise nerveux sont les principaux troubles psychiques qu'on observe à cette période. Il s'y joint souvent une dépression morale profonde, associée à une terreur vague dont le malade ne peut indiquer les motifs.

Cet état pénible peut durer de huit à douze jours ; mais enfin, le délire éclate, et comme premier et principal symptôme, il présente une insomnie absolue.

La physionomie du malade, absolument bouleversée, indique assez le trouble de son esprit : les yeux hagards, les traits crispés, l'expression de la terreur sur la figure, il va,

vient, s'agite et donne des ordres souvent contradictoires.

Un phénomène psycho-sensoriel de la plus haute importance s'ajoute à ces troubles divers : ce sont les hallucinations. Elles portent le plus spécialement sur la vue : le malade aperçoit des figures grimaçantes, des objets bizarres et surtout des animaux de toutes espèces et de toutes grandeurs. Quelquefois aussi, mais moins souvent, il éprouve des hallucinations de l'ouïe et du toucher. Un malade récemment entré à la clinique se voyait poursuivi, dans son délire, par des mouches qui le piquaient cruellement.

Les hallucinations de la vue chez les alcooliques prédominent dans l'obscurité, elles sont plus accentuées la nuit que le jour, et même, pendant la convalescence, au moment où elles semblent se dissiper, elles reparaissent souvent quand le malade ferme les yeux.

Un autre caractère des hallucinations chez les alcooliques, c'est qu'elles sont presque toujours agressives. Les personnages qui les entourent semblent les menacer : les chiens montrent les dents, les rats veulent les mordre, les mouches les piquent, et ce phénomène intellectuel se marie à merveille avec les sensations de fourmillement, de brûlure et de douleurs qu'ils éprouvent à la peau.

Un autre accident très fréquent chez tous les aliénés se rencontre volontiers dans cette forme de délire, c'est la crainte d'être empoisonné, d'où dérive souvent la sitophobie obstinée que présentent certains de ces malades.

Mais, si le délire tremblant a ses fureurs, il existe une forme beaucoup moins violente dans laquelle l'agitation et le bavardage remplacent les accidents plus dramatiques, dont nous venons d'esquisser le tableau.

Pendant ses radotages incessants, le malade rêve à ses occupations habituelles, il se croit au cabaret avec ses amis,

ou bien dans son atelier entouré d'ouvriers, il distribue des ordres, il dirige des travaux imaginaires, il commande a son entourage, mais sans offrir, comme dans le cas précédent, cette surexcitation excessive qui ressemble au délire aigu.

Il est enfin un caractère qui se retrouve dans toutes les formes du délire alcoolique, c'est la possibilité d'arracher un instant le malade à ses idées, et d'obtenir une réponse nette à une question précise. Ce réveil ne dure qu'un instant, mais il est d'une importance capitale pour le diagnostic. Il nous montre, en effet, que, semblable au sujet plongé dans le *subdelirium* de la fièvre typhoïde, le malade revient un instant à la raison, quand il est vivement sollicité. Un instant après, il retombe dans son éternel monologue.

Aux troubles psychologiques viennent se joindre des accidents convulsifs ; on signale surtout le tremblement dont l'importance est telle qu'il occupe à bon droit une place dans la définition même de la maladie.

Le tremblement peut affecter les mains, les membres inférieurs et supérieurs, la langue, les lèvres, les muscles de la face ; enfin, chez certains sujets, il existe un tremblement généralisé. En appliquant la main sur les avant-bras, on sent des soubresauts tendineux, qui ne laissent pas un instant de repos au malade. Parmi les conséquences de ces troubles de la motilité, il faut signaler l'embarras de la parole, qui peut ressembler quelquefois à celui de la paralysie générale. Notons aussi l'incertitude de la démarche et l'impossibilité d'exécuter avec les mains un mouvement quelque peu compliqué, tel que l'action de boire. Tous ces phénomènes s'aggravent d'une manière évidente, quand le sujet se livre au moindre effort.

Parmi les troubles généraux qui font partie de ce cortège

symptomatique, l'un des plus frappants, ce sont des sueurs profuses, visqueuses et fétides exhalant souvent une odeur alcoolique. Par un phénomène de compensation, les urines sont rares et rouges. Il y a le plus souvent de la constipation. Les pupilles sont habituellement contractées, mais dans certains cas elles offrent une inégalité très marquée. Chez certains sujets, il reste un état typhoïde et l'on voit des fuliginosités se produire sur la langue, les lèvres et les dents. Le pouls est faible, petit, quelquefois irrégulier et le plus accéléré. D'après Copland, il peut atteindre cent vingt pulsations.

Au milieu de tous ces phénomènes, la température reste assez basse; le délirium tremens est une affection essentiellement apyrétique et, s'il existe un changement dans la température, c'est surtout dans le sens du refroidissement, principalement aux extrémités.

Il existe cependant une forme fébrile de délire tremblant sur laquelle M. le professeur Lasègue et, plus récemment, M. Magnan ont attiré l'attention.

Dans cette forme, la température peut s'élever jusqu'à 40 et 41 degrés, et même dans quelques cas exceptionnels à 43 degrés.

Cet état s'accompagne de phénomènes adynamiques, et souvent les malades succombent dans le coma.

D'après les auteurs étrangers, les formes fébriles du délirium tremens sont, en réalité, des cas de délire aigu.

Cependant, le délire tremblant guérit dans la majorité des cas; sa durée habituelle est de trois à huit jours; dans les cas exceptionnels, il peut se prolonger jusqu'à vingt et même trente jours. Le premier phénomène qui annonce la guérison est le retour du sommeil.

Il nous reste maintenant à vous parler du diagnostic et

du pronostic, des lésions anatomiques du delirium tremens, et enfin du traitement qui peut lui convenir.

Diagnostic. En présence d'un cas type, offrant à la fois les caractères psychologiques et le tremblement qui caractérise la maladie, le doute ne semble pas permis, surtout si les antécédents du malade sont connus, et cependant, il est des cas où les signes de cette maladie peuvent être le masque d'une lésion viscérale absolument différente. Nous citerons surtout la pneumonie, la fièvre typhoïde et la méningite aiguë.

La pneumonie, toujours grave chez les alcooliques, est une des causes les plus fréquentes du delirium tremens, et ce qui augmente singulièrement les difficultés du diagnostic en pareil cas, c'est l'absence presque complète des signes de la maladie. Ni l'expectoration rouillée, ni l'abattement général, ni les signes ordinairement fournis par l'auscultation ne viennent éclairer le médecin, qui d'ailleurs ne peut, en raison de l'agitation du malade, se livrer à une exploration physique régulière.

Le complexus symptomatique se réduit alors à un délire violent, loquace, accompagné de fièvre et quelquefois de dyspnée. Aussi serions-nous tenté de croire que bon nombre des sujets chez qui la difficulté de respirer a été signalée, n'étaient en réalité que des alcooliques atteints de pneumonie. Cependant, on comprend que, par son action sur le bulbe ou par son élimination à travers les organes respiratoires, l'alcool peut compromettre l'hématose et même entraver les mouvements respiratoires. Le diagnostic est donc souvent très difficile, même en tenant compte des antécédents du malade, et souvent, c'est l'autopsie qui vient, en dernier ressort, juger la question.

Quant à la fièvre typhoïde, c'est surtout à la prédominance des phénomènes abdominaux que le médecin reconnaîtra la nature de la maladie, qui d'ailleurs, on le sait, donne lieu à de fréquentes méprises.

La méningite aiguë donne lieu à des accidents plus nettement localisés que ceux du delirium tremens. On voit se produire des contractions et des paralysies, des troubles oculo-pupillaires, une céphalalgie intense, quelquefois même des vomissements, phénomènes qui sont habituellement étrangers au délire aigu ; mais il est des méningites frustes à forme insidieuse dont le type indécis laisse l'observateur dans un grand embarras. On peut aisément les confondre avec le délire tremblant, qui, à son tour, présente des formes mal définies et d'un diagnostic difficile.

Signalons enfin l'urémie parmi les troubles qui peuvent emprunter le masque du delirium tremens et reproduire, soit au point de vue psychologique, soit au point de vue convulsif, les principaux symptômes qui le caractérisent. Ici, les antécédents du malade et l'examen des urines seront les principaux éléments du diagnostic.

N'oublions pas enfin que toutes les maladies graves, l'érysipèle, les fièvres éruptives et même les lésions chirurgicales peuvent développer chez les alcooliques les symptômes du delirium tremens. Nous ne chercherons point à indiquer les règles du diagnostic pour chaque cas particulier ; il nous suffira de dire que les antécédents du malade et l'évolution de la maladie, lorsqu'elle est soigneusement observée, permettront, en général, de reconnaître la vérité.

Il nous reste à parler des affections qui rentrent plus spécialement dans le cadre de nos études. La paralysie générale au début, l'encéphalopathie saturnine, et surtout la manie aiguë peuvent très souvent ressembler dans leurs

premières phases au délire tremblant. Cependant, on rencontre, en pareil cas, un tremblement moins accentué, des sueurs moins profuses, un délire moins riche en hallucinations, une insomnie moins absolue. Tous ces caractères ne sont que relatifs, et l'on peut dire, en général, que ces affections se distinguent assez facilement du délire tremblant quand leur acuité est modérée. Dans les cas extrêmement graves, tous les éléments du drame se confondent et il devient presque impossible de démêler la vérité.

Mais c'est le délire aigu vésanique qui présente, avec le delirium tremens, les plus étroites analogies, surtout quand ce dernier est accompagné de fièvre. Les symptômes peuvent alors présenter une telle ressemblance, que c'est uniquement en s'appuyant sur l'étiologie que la distinction peut s'établir.

Au reste, le délire aigu est une affection dont les contours ne sont pas encore assez nettement tracés pour en limiter le domaine avec une précision absolue.

Pronostic. Le delirium tremens est d'un pronostic grave. On estime que son issue est fatale dans une proportion de 15 pour 100. La mort survient habituellement au milieu des convulsions ou dans le coma. Dans les formes adynamiques, le malade peut succomber dans un état de prostration absolue. Enfin, certains malades meurent subitement au milieu d'une agitation des plus violentes (Marcé).

D'une manière générale, la guérison est la règle. Elle s'annonce, nous l'avons dit, par le retour du sommeil, puis par l'amendement successif des principaux symptômes. L'agitation diminue, les troubles de la motilité s'effacent, le délire général se calme et le malade revient graduellement à l'état normal, tantôt après une courte absence,

tantôt au contraire, après un délire prolongé et dont quelques traces subsistent assez longtemps.

Il est un troisième mode de terminaison qui se rencontre assez fréquemment chez les sujets qui présentent déjà des prédispositions à la folie. La démence et l'aliénation mentale peuvent succéder, soit directement, soit à une période plus ou moins éloignée à un accès, et surtout à plusieurs accès de délire tremblant.

Ajoutons, enfin, que les récidives augmentent sensiblement la gravité du pronostic, et que plus les sujets sont âgés, plus leur alcoolisme est chronique, plus leur santé générale est affaiblie, plus aussi ils se trouvent exposés aux terminaisons fâcheuses que nous venons d'indiquer. Au contraire, un homme jeune, vigoureux, bien portant, résiste plus facilement à l'invasion du mal et peut en supporter facilement les conséquences.

L'*anatomie pathologique* ne fournit point, à l'égard de cette maladie, des renseignements bien significatifs lorsqu'on se borne à considérer les cas exempts de toute complication. Une congestion manifeste des méninges et de la substance corticale, un œdème assez caractérisé de la pie-mère, quelquefois des adhérences rudimentaires de cette membrane avec les couches corticales (comme dans le délire aigu) ; enfin, un état dépoli des membranes et une stase lymphatique assez caractérisée sont à peu près les seules lésions qu'on puisse rattacher avec certitude à la maladie qui nous occupe. Les autres altérations qu'on a constatées : la pachyméningite, les encéphalites, la présence de l'alcool dans la substance cérébrale, sont communes à toutes les formes de l'alcoolisme et ne présentent aucune signification particulière.

Traitement. Le traitement du delirium tremens, il y a un demi-siècle environ, paraissait d'une simplicité vraiment admirable. Éviter les déplétions sanguines, administrer l'opium à larges doses, telle était la règle universelle, et l'on ne peut nier les bons effets d'un pareil traitement, dans un grand nombre de cas; mais nous savons aujourd'hui qu'il faut établir, à cet égard, des catégories bien tranchées et qu'il est impossible d'appliquer indistinctement à tous les malades une médication unique.

Et d'abord, quand un alcoolique tombera malade, le médecin, s'il connaît ses antécédents, doit s'interdire tout traitement dépressif : point de saignée, pas de diète et surtout pas de privation d'alcool; on risquerait autrement de provoquer l'explosion du délire. On doit, au contraire, tonifier le malade et le soutenir dans la mesure du possible.

Mais enfin, en dépit de toutes les précautions, le délire éclate; on peut alors se trouver en présence de trois catégories bien différentes de sujets.

Supposons-nous appelé auprès d'un malade, jeune, vigoureux, vierge de toute lésion vasculaire ou cardiaque, et n'offrant aucune élévation de température. Dans un cas semblable, l'opium est parfaitement indiqué, il faut l'administrer à la dose de plusieurs centigrammes et l'on peut recourir aussi, avec avantage, aux injections sous-cutanées de morphine. On peut joindre à ce traitement le chloral, surtout si l'agitation est vive; enfin, il faut soutenir le malade par l'administration d'un vin généreux ou de boissons alcooliques variées. Le chloroforme et la digitale ont été également employés. Le premier de ces deux médicaments nous paraît d'un usage dangereux. Quant au second, c'est surtout lorsqu'il existe de la faiblesse et de l'intermittence du pouls que son usage paraît indiqué. Nous ne songerions jamais à le

prescrire aux doses énormes qui ont été employées en Angleterre (26 grammes de teinture de digitale en dix heures). C'est là, selon nous, un jeu dangereux.

Voici maintenant un cas très différent : le malade atteint du delirium tremens présente, en même temps, une complication viscérale, une pneumonie, par exemple. Dans ce cas, le chloral est absolument contre-indiqué, l'opium doit être administré avec prudence ; mais il faut insister surtout sur les toniques, les stimulants diffusibles, tels que l'acétate d'ammoniaque ; enfin, recourir à la digitale si les caractères du pouls en indiquent l'emploi.

Il faut réserver une place à part au delirium tremens fébrile surtout quand il s'accompagne d'un état adynamique. Les narcotiques sont alors formellement contre-indiqués ; il faut recourir aux toniques, aux stimulants, à l'alcool et aux antispasmodiques, tels que l'éther, le camphre et le musc. Certains auteurs ont recommandé l'acétate de zinc. Notre expérience personnelle ne nous fournit à cet égard aucun renseignement.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE.

SOMMAIRE. — Empoisonnement chronique. — Alcoolisme cérébral. — Alcoolisme subaigu. — Le délire alcoolique est un rêve. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Hallucinations du tact et des autres sens. — Caractères psychologiques du délire. — Mobilité des idées. — Passage très rapide de l'idée à l'action. — Défaut absolu de critique par rapport aux conceptions de l'esprit. — Impulsion au suicide. — Influence des impressions morales sur les accès de délire. — Influence dépressive du délire. — Délire des persécutions. — Abrutissemen des alcoolisés chroniques. — Anesthésie du sens moral. — Démence.

Diagnostic de l'alcoolisme chronique. — Physionomie du malade. — Tremblement. — Insomnie. — Etat mental. — Diagnostic différentiel des quatre grandes manifestations de l'alcoolisme chronique. — Diagnostic du delirium] tremens. — Encéphalopathie saturnine. — Crises d'excitation de la paralysie générale. — Méningite aiguë. — Empoisonnements. — Diagnostic de l'épilepsie alcoolique. — Diagnostic de la lypémanie alcoolique. — Diagnostic de la démence alcoolique. — Diagnostic de l'alcoolisme et de la paralysie générale. — Pronostic de l'alcoolisme. — Lésions anatomiques. — Lésions cérébrales, congestives ou dégénératives. — Traitement.

MESSIEURS,

Nous nous sommes occupés jusqu'à présent de l'alcoolisme aigu et du delirium tremens ; il nous reste maintenant à étudier l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire au point de vue de la médecine mentale, la partie incontestablement la plus intéressante du sujet.

Il s'agit ici d'un empoisonnement chronique. En dehors des accidents aigus produits quelquefois par l'ivresse;

en dehors du delirium tremens qui en représente l'exacerbation la plus violente, nous sommes en présence d'un empoisonnement lent et progressif dont les conséquences peuvent porter à la longue sur tous les organes de l'économie. Parmi les localisations viscérales, il faut signaler surtout les altérations du foie, de l'estomac, des poumons et du cerveau. Quant aux lésions vasculaires de l'alcoolisme, elles retentissent par leurs conséquences sur tous les organes à la fois.

C'est exclusivement de l'alcoolisme cérébral que nous avons à nous occuper : les symptômes qui le caractérisent se manifestent surtout chez les sujets habitués à l'abus des boissons. Le buveur de profession, entraîné par des besoins de plus en plus impérieux, continue à dégrader son intelligence par des excès qu'il devient de moins en moins capable de supporter, car il est parfaitement avéré qu'une fois engagés sur cette pente, les alcooliques présentent une résistance de moins en moins grande aux effets du poison.

Toutefois, la déchéance de l'alcoolique ne s'opère pas, en général, suivant une courbe régulière. Sur ce fond monotone se détachent des exacerbations périodiques, pendant lesquelles la raison s'obscurcit complètement et perd momentanément tous ses droits. Ce sont ces crises pouvant se prolonger de quelques jours à quelques semaines, qui ont été décrites par M. Lasègue sous le nom d'*alcoolisme subaigu*, et qui comportent, pendant un espace de temps limité, tous les caractères de l'aliénation mentale.

Le délire que présentent les alcooliques, comme l'a si bien dit M. Lasègue, n'est pas un délire, mais un rêve ; il commence la nuit pour se continuer le jour ; arrivés à un certain degré de surexcitation, les alcooliques dorment mal et font des rêves caractéristiques. Bientôt l'insomnie arrive,

mais c'est une insomnie peuplée de visions fantastiques et de chimères. Quand les rêves nocturnes se prolongent pendant le jour, quand le malade conserve les convictions, les idées et les inquiétudes qui l'ont assiégé pendant la nuit, il entre en plein délire.

Les rêves proprement dits de ces malades se rapportent presque toujours à leurs occupations habituelles, à leurs disputes, aux travaux de leur profession. « Je serais bien riche, me disait un jour un menuisier alcoolique, si j'avais autant de meubles que j'en ai fabriqués en rêve. »

Mais le phénomène qui marque le plus nettement l'invasion de la folie, c'est l'hallucination. Chez l'alcoolique, on le sait, c'est surtout dans le domaine de la vue que se manifestent ces perturbations sensorielles. Ce sont d'abord des troubles élémentaires ; le malade voit des points noirs, quelquefois des points lumineux, animés d'un mouvement plus ou moins rapide ; son imagination les transforme aisément en animaux de toute espèce : ce sont des rats, des chats, des serpents qui s'agitent sur le plancher, des insectes qui couvrent les draps de son lit. Bientôt, s'il fixe les carreaux de sa fenêtre, il voit s'y dessiner des figures grimaçantes. Enfin, ces hallucinations deviennent complètes, et un drame à plusieurs personnages vient se dérouler devant lui. Presque toujours, les hallucinations ont un caractère terrifiant, un sens lugubre ; c'est là, d'ailleurs, comme nous le verrons, la note dominante de l'état mental des alcooliques, dans toutes ses manifestations. Mais on a peut-être insisté, avec exagération, sur la prépondérance absolue des hallucinations visuelles et sur l'importance minime des troubles des autres sens. Les hallucinations de l'ouïe sont assez fréquentes chez les alcooliques. D'abord, elles peuvent se combiner avec celles de la vue, et venir, en

quelque sorte, les compléter en leur communiquant une précision plus absolue; ensuite, il peut arriver qu'elles prennent entièrement le dessus et qu'elles constituent la partie la plus importante du délire sensoriel.

J'ai vu, dans le service de mon ami le docteur Mesnet, un alcoolique héréditaire, âgé d'environ cinquante ans, chez qui les hallucinations étaient exclusivement auditives; jamais il n'avait présenté d'hallucinations de la vue ni des autres sens; il appréciait parfaitement la nature de ces fausses perceptions, il ne croyait point à leur réalité; elles exerçaient cependant un empire irrésistible sur lui. Lorsqu'au milieu de la rue, il s'entendait appeler par son nom, il se retournait presque toujours; lorsque les voix lui intimaient un commandement, il obéissait presque invariablement. Un jour, passant sur les quais, il entend une voix qui lui commande de jeter dans la Seine les deux pièces de cinq francs qu'il avait dans sa poche; il obéit machinalement, et à peine l'avait-il fait qu'il aurait voulu se jeter lui-même à l'eau; car, disait-il, nous n'avions pas, en ce moment, vingt francs à la maison.

Mais parmi les hallucinations diverses dont il était la victime, la plus curieuse était celle qui se rapportait à ses habitudes bachiques. Lorsque, en se rendant à son travail, il approchait d'un cabaret, il entendait distinctement deux voix différentes : la première, celle du mauvais ange, lui criait : *il entrera, il entrera;* la seconde, au contraire, lui criait : *il n'entrera pas*. A mesure qu'il approchait du cabaret, la voix du mauvais ange devenait de plus en plus forte et impérieuse, elle étouffait toute opposition; il finissait par entrer, et à peine avait-il bu que les hallucinations cessaient complètement.

Aux hallucinations de l'ouïe, il faut joindre celles du

tact et des autres sens. La plupart des alcooliques présentent de l'anesthésie sur certains points et de l'hypéresthésie sur d'autres; ils éprouvent quelquefois des sensations de chaleur, de brûlure ou de froid. Enfin, il leur arrive quelquefois de se sentir piqués ou pincés.

En somme, tous les sens peuvent se trouver intéressés dans les hallucinations de l'alcoolisme.

Il n'en est pas moins vrai que les hallucinations visuelles dominent la scène et doivent être considérées comme un des principaux caractères de l'alcoolisme.

Passons maintenant aux caractères vraiment psychologiques du délire chez ces malades. Notons d'abord la possibilité, dans presque tous les cas, de réveiller cet homme qui rêve tout haut, de l'arracher un instant à ses chimères et d'obtenir, en le secouant, des réponses raisonnables à des questions précises.

Quant au délire en lui-même, il est caractérisé par la mobilité incessante des idées. L'alcoolique saute d'un point à un autre sans se soucier des transitions; ce caractère donne au délire les apparences d'une incohérence complète. Mais ce défaut de suite tient surtout à la surabondance des idées qui se précipitent les unes sur les autres et se remplacent mutuellement. En dehors de cette condition spéciale, les délirants alcooliques conservent la logique habituelle des ivrognes. Un autre caractère de ce délire particulier, c'est le passage très rapide de l'idée à l'action; à peine l'impulsion a-t-elle été conçue, qu'elle est exécutée. Cette facilité à se déterminer chez les alcooliques tient sans doute à un caractère psychologique des plus curieux et qui se rapproche d'une manière saisissante de l'état d'esprit qu'on observe dans les rêves. Nous voulons parler de l'ab-

sence d'étonnement, du défaut absolu de critique par rapport aux conceptions étranges dont leur cerveau malade devient le foyer.

L'alcoolique ne juge pas, il raconte; ses divagations renferment beaucoup de faits, mais peu d'idées. « Ce qui se passe se passe, voilà tout. » (Lasègue.)

Mais au point de vue de l'action, l'alcoolique ne reste pas tranquille : il discute avec ses persécuteurs, il veut savoir pourquoi on lui en veut, il s'agite sans trêve ni repos; il voyage perpétuellement sans aucun motif plausible, obéissant en cela à un irrésistible besoin de mouvement. Un de nos malades, au milieu d'un accès de ce genre, monte en chemin de fer et part pour Dijon; une fois arrivé dans cette ville, déjà calmé par le déplacement, il se demande pourquoi il y était venu et ne trouve aucune réponse à cette question.

Les impulsions insensées de l'alcool peuvent conduire au crime, aux actes obscènes, au vol, à l'assassinat. Mais de toutes les tentations qui peuvent l'assiéger, la plus fréquente et la plus caractéristique, c'est l'impulsion au suicide. Cet acte, chez l'alcoolique, n'est point réfléchi, calculé, prémédité comme chez beaucoup d'autres aliénés; il est brutal, soudain, imprévu et sans prodromes. L'idée de se tuer lui traverse l'esprit, et aussitôt, sans aucune transition, il prend un rasoir ou détache sa cravate pour se pendre. Aussi les alcooliques exigent-ils la surveillance la plus rigoureuse, et ce n'est pas ici le cas d'appliquer le principe de la non-contrainte.

Restent enfin deux grands caractères généraux de cette forme de délire.

L'accès de délire alcoolique peut éclater sans doute à la suite d'une orgie exagérée sous l'influence d'une fatigue

excessive, des excès sexuels, d'une rixe, d'une dispute, mais surtout, chez les buveurs réguliers, sous l'influence d'un traumatisme moral. Un chagrin profond, une perte d'argent, une arrestation suffisent pour faire éclater le délire chez les sujets déjà prédisposés par une longue imprégnation. Comme l'a très justement fait observer M. Motet, il est des gens qui, parfaitement responsables au moment où ils commettent un crime ou un délit, deviennent aliénés *après* leur arrestation, mais non pas avant. Or, un grand nombre de ces sujets sont des alcooliques.

En second lieu, si l'ivresse peuple l'esprit de visions agréables, le délire alcoolique exerce presque toujours une influence dépressive; le malade est presque toujours triste, entouré de dangers, tourmenté par des terreurs vagues. Ces frayeurs sans motif sont un des caractères les plus habituels de cette forme de délire, et ce qui n'est pas moins caractéristique, c'est l'attitude du malade en présence de ses impressions. Le plus souvent, il cherche à prendre la fuite, et s'il devient furieux, c'est seulement quand on veut l'arrêter. Nous en avons vu récemment un exemple : un jeune homme en proie à des terreurs alcooliques se précipite dans l'escalier d'une maison et monte jusqu'au troisième étage; là, se croyant toujours poursuivi, il se réfugie dans les cabinets d'aisance et pousse le verrou. Mais on frappe, on veut enfoncer la porte; saisi d'une terreur folle, il passe à travers la lucarne et se précipite la tête la première sur le pavé. Transféré à la suite de cet accident à Sainte-Anne, il nous rendait compte, quelques jours plus tard, des craintes paniques qui l'avaient poussé à cet acte insensé. L'alcoolique est donc essentiellement différent, sous ce rapport, de l'épileptique; l'un et l'autre, au moment de la crise, sont sous l'influence de la peur, mais le premier s'enfuit, le second

attaque et sa fureur aveugle est l'expression de la terreur qu'il éprouve. L'alcoolique est donc infiniment moins dangereux que l'épileptique; mais il est bien entendu que cette règle n'est pas absolue, elle comporte de nombreuses exceptions.

Parmi les formes diverses de dépression morale que subissent les alcooliques, il faut signaler le délire des persécutions. On trouve, en effet, chez plusieurs de ces malades tous les caractères de cette vésanie : ils ont des hallucinations nombreuses et persistantes de l'ouïe, ils sont entourés d'ennemis, ils redoutent des complots imaginaires et peuvent quelquefois désigner leurs persécuteurs. Mais ce qui caractérise surtout ce délire alcoolique des persécutions, c'est qu'il est essentiellement guérissable; et si certains aliénistes ont admis qu'une proportion notable de persécutés pouvait revenir à la santé intellectuelle, ce sont probablement les persécutés alcooliques qui ont fait, en totalité ou partie, les frais de cette statistique.

L'alcoolisme subaigu présente une durée variable, mais en général assez courte. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, le malade, privé de son excitant habituel, sort graduellement de son rêve et revient au sentiment de la réalité. C'est le retour du sommeil qui marque le début de la convalescence; et quand le malade a goûté quelques nuits de repos, il rentre en pleine possession de ses facultés.

Mais le retour incessant des mêmes excès conduit le malade à l'alcoolisme chronique. Ici, nous ne voyons plus ces crises qui mettent en relief les perturbations intellectuelles et morales qui résultent de l'empoisonnement. La note dominante, chez les alcoolisés chroniques, c'est l'abrutissement. On pourrait dire que ces sujets présentent une véritable

anesthésie du sens moral : les affections naturelles sont complètement éteintes, ils n'ont aucune pudeur, ils ont perdu le sentiment de leur dignité; ils vivent dans un égoïsme absolu, dans une indifférence complète à tout ce qui sort du cercle étroit de leurs habitudes. Boire et toujours boire, voilà leur unique préoccupation. Cependant, à travers cette déchéance intellectuelle et morale, on voit encore s'agiter quelques vagues remords de conscience : ils éprouvent le besoin de se justifier, ils invoquent les nécessités de leur profession, ils accusent des chagrins violents qui les obligent à s'étourdir. Enfin, en dehors des excitations sans cesse renaissantes de l'ivresse, ils sont d'une tristesse profonde.

Chez la plupart de ces malades, on remarque un affaiblissement profond de la volonté. Rien ne peut mieux en donner la mesure que l'impuissance de leurs efforts pour se débarrasser de leur vice. J'ai connu un homme distingué et possédant une belle fortune, qui, après avoir perdu une femme qu'il affectionnait beaucoup, se mit à boire avec excès des liqueurs fortes. Voulant sortir de la dégradation où ses habitudes l'avaient plongé, il fit venir chez lui sa cousine, femme respectable et d'un âge mûr, et lui confia la clef de la cave pour mettre un frein à ses propres appétits. Mais, après une courte période de sobriété, on s'aperçut qu'il était presque constamment ivre; on le surveilla et l'on finit par découvrir qu'il s'était fait fabriquer une fausse clef à l'aide de laquelle il pénétrait dans sa cave, déjouant ainsi les sages précautions qu'il avait prises contre lui-même.

Une longue suite d'excès entraîne l'alcoolique vers la démence; il y parvient à peu près invariablement, lorsque sa carrière n'est point interrompue par une maladie inter-

currente, par un accès mortel de delirium tremens ou par la manie grave des ivrognes (*mania gravis potatorum*), affection presque toujours mortelle, et qu'on observe plus souvent dans les pays du Nord que dans nos climats.

Messieurs, je me propose de condenser en une seule leçon tous les points qu'il nous reste à traiter au sujet de l'alcoolisme; car je ne voudrais point donner à cette question, malgré l'intérêt considérable qu'elle présente, un développement trop étendu par rapport aux autres parties de mon enseignement.

Je vous ai retracé les caractères les plus importants de l'état mental des alcooliques, je dois maintenant en discuter le diagnostic, en formuler le pronostic et en montrer les lésions. Enfin, je dois vous offrir quelques observations succinctes au sujet du traitement.

Diagnostic. — Les antécédents du sujet sont le point de départ le plus habituel et en même temps le plus sûr des conclusions que peut formuler l'observateur au sujet du diagnostic. C'est presque toujours après une longue odyssée, dont chaque étape est marquée par des excès plus ou moins prolongés, que nos malades viennent échouer à la Préfecture de police et plus tard à Sainte-Anne. C'est, en effet, dans la plupart des cas, par une série d'accès d'abord très courts, puis de plus en plus prolongés, que les buveurs versent dans l'alcoolisme chronique. Au début, quelques jours d'isolement, de tranquillité et de régime suffisent pour rétablir l'équilibre de la raison, et après une très courte arrestation, ils sont remis en liberté. A mesure que le temps s'avance, les accès deviennent plus graves, et lorsqu'enfin les sujets sont absolument mûrs, suivant l'expression consacrée, on les transfère dans un asile d'aliénés.

Dans la pratique civile, les choses se passent à peu près

de même : le médecin assiste à des attaques d'abord légères et transitoires, puis de plus en plus graves et qui aboutissent, en dernière analyse, à l'aliénation mentale.

Ainsi donc, en thèse générale, le diagnostic ne présente aucune difficulté. L'histoire du malade est depuis longtemps connue, il possède un dossier plus ou moins complet, la famille et les amis s'empressent de fournir des renseignements au médecin, et il ne s'agit plus que d'établir la constatation officielle d'un état de choses, depuis longtemps reconnu.

Mais il est des cas où la sagacité du médecin et l'expérience du spécialiste doivent suppléer à l'insuffisance absolue des renseignements. Un homme du monde est pris tout à coup d'un délire violent ; personne autour de lui ne soupçonne ses habitudes ou ne veut en révéler le secret. Le médecin, qui le voit pour la première fois, doit formuler, en s'appuyant sur les signes immédiats, un diagnostic d'autant plus difficile à établir qu'il semble en opposition avec la condition sociale du malade. On doit alors ne tenir aucun compte des circonstances extérieures, et ne tenir compte que des symptômes observés.

Je vous ai présenté l'un des cas où votre sagacité aura besoin de s'exercer ; vous me pardonnerez de ne point dresser le catalogue de toutes les circonstances où vous serez obligé de formuler une opinion à cet égard, soit au point de vue médical, soit au point de vue médico-légal.

Je vais donc essayer, messieurs, de vous présenter d'abord le diagnostic de l'alcoolisme chronique, en général ; nous discuterons ensuite le diagnostic des formes principales que peut affecter cet empoisonnement chronique.

En dehors de ses accès d'aliénation mentale, l'alcoolique

présente une physionomie toute spéciale. D'une manière habituelle, il offre une expression d'hébétude, un regard vague et fuyant; le teint est blafard, le corps est gras, mais de cet embonpoint qui dénote aux yeux de l'observateur une mauvaise santé, et ce jugement est confirmé par le mauvais état des plaies qui se cicatrisent difficilement comme chez les diabétiques.

La face est souvent parsemée des varicosités ; elles surabondent sur le nez, qui s'épaissit, devient charnu et se charge de graisse. Enfin, pour compléter le tableau, les yeux sont chassieux, et le malade transpire abondamment.

A ces symptômes généraux, se joignent des troubles se rattachant à l'état du système nerveux et qui ne laissent subsister aucun doute sur le diagnostic.

D'abord le tremblement; il est trop connu pour que j'essaye de vous le décrire, mais il est bon de se rappeler que lorsqu'il fait défaut, une émotion, une fatigue, et même la privation du stimulant habituel suffisent pour le mettre en relief. Souvent un malade qui repose tranquillement dans son lit, se met à trembler violemment quand on l'oblige à se lever et à marcher.

En second lieu, l'insomnie; presque tous les sujets lorsqu'ils sont convenablement interrogés accusent une perte complète ou tout au moins un trouble profond du sommeil. Un alcoolique qui dort tranquillement et qui goûte un véritable repos pendant la nuit, est une exception des moins fréquentes, un cas des plus rares en pathologie.

Enfin, sous le rapport de l'état mental, nous rencontrons les caractères, que dans la leçon précédente je vous ai signalés : l'apathie, la dépression morale, l'instabilité du caractère enfin, cette ankylose intellectuelle qui vient

immobiliser l'esprit dans la routine et le rendre incapable d'acquérir des idées nouvelles.

Ces données vous suffiront dans les cas ordinaires pour flairer l'alcoolisme et vous mettront en éveil ; mais il faut maintenant, serrant la question de plus près, établir le diagnostic différentiel des quatre grandes manifestations de l'alcoolisme chronique. Ce sont : le delirium tremens, l'épilepsie alcoolique, la lypémanie et la démence.

1° *Delirium tremens.* — On peut le confondre avec l'encéphalopathie saturnine aiguë, et le diagnostic est d'autant plus difficile que les ouvriers empoisonnés par le plomb le sont presque toujours en même temps par l'alcool. Toutefois, il faut noter que, dans l'encéphalopathie saturnine, on constate infiniment moins de troubles que dans le delirium tremens. Les malades n'ont pas de titubation ; ils saisissent et retiennent beaucoup mieux les objets qu'on leur présente ; ils n'ont pas le tremblement de la langue et des lèvres et n'offrent pas, par conséquent, d'embarras de la parole. Si l'on ajoute à ces signes négatifs les stigmates du plomb sur les gencives, sur la peau et sur les ongles, et si l'on tient compte des antécédents du malade, on pourra presque toujours établir nettement le diagnostic.

La paralysie générale, dans ses périodes initiales, présente quelquefois des cas d'excitation qui ressemblent trait pour trait au delirium tremens, et l'erreur sera d'autant plus facile que souvent des excès alcooliques ont marqué le début de la crise. Toutefois, le paralytique général présente infiniment moins d'hallucinations que l'alcoolique, et son délire offre moins d'exacerbations nocturnes. D'ailleurs, la marche de la maladie est absolument différente ; l'alcoolique, s'il ne meurt pas, revient à la santé après un traitement régulier ; le paralytique, au contraire, remis de sa crise, pré-

sente le spectacle d'une décadence progressive qui, lorsqu'elle a été soigneusement observée, ne peut laisser aucune place au doute.

Peut-on confondre avec le delirium tremens la méningite aiguë? Nous avons ici, dans le thermomètre, un élément précieux de diagnostic. Sauf le cas du delirium fébrile, la température ne s'élève pas habituellement chez les alcooliques, tandis que dans la méningite l'hyperthermie est incontestablement l'un des éléments morbides les mieux accentués.

Nous laissons de côté, bien entendu, le delirium tremens symptomatique d'une affection aiguë et qui participe alors à l'élévation de température que provoque l'affection principale.

Le délire de l'urémie qui peut simuler le delirium tremens est accompagné de vomissements; le malade a une tendance à tomber dans le coma et n'éprouve point d'hallucinations. Ce sont là les premiers éléments d'un diagnostic qui sera confirmé par les commémoratifs, par l'examen des urines.

Dans la manie aiguë, on rencontre en général infiniment moins de tremblement et les hallucinations sont beaucoup moins fréquentes. Par contre, le malade est beaucoup plus agité, beaucoup plus incohérent dans ses propos, et l'on ne peut pas, par une question fermement posée, couper court à son délire et le rappeler, ne fût-ce que pour un instant, au sentiment de la réalité.

Quant aux empoisonnements par les narcotiques, par l'opium, la belladone ou le datura stramonium, ils se distinguent du delirium tremens par l'état des pupilles et par la tendance au coma. Il est d'ailleurs une expérience thérapeutique qui peut servir à lever les doutes; c'est l'effet

sédatif de l'alcool, si remarquable chez les alcooliques en état de délire.

2° *Epilepsie alcoolique.* — Chez les alcooliques, l'attaque convulsive est souvent identique à celle des comitiaux et sous le rapport des symptômes, ces deux états se ressemblent au point de se confondre. Mais ils se distinguent surtout par leurs causes occasionnelles.

L'épilepsie alcoolique éclate le plus souvent après une émotion dans le cours de l'ivresse, ou après une orgie. Elle se montre aussi dans le delirium tremens ou pendant l'évolution du délire alcoolique. Rien de semblable pour la véritable épilepsie, dont les accès sont aussi capricieux par leur apparition qu'ils sont réguliers dans leur évolution. En outre, l'épilepsie alcoolique guérit par la suppression de la cause qui lui a donné naissance; l'épilepsie vraie persiste, et c'est ainsi qu'on peut formuler, avec certitude, sinon le diagnostic immédiat, du moins le diagnostic éloigné.

3° *Lypémanie alcoolique.* — Chez les alcooliques, la lypémanie prend très souvent la forme du délire des persécutions; elle s'accompagne d'hallucinations très prononcées de la vue et de l'ouïe, mais ce sont surtout les hallucinations de la vue qui prédominent. D'ailleurs, le caractère de ces troubles sensoriels suffit pour les distinguer de ceux qui résultent d'une vésanie proprement dite. L'alcoolique voit des animaux, des figures menaçantes qui le remplissent de terreur; il rêve aux occupations de son métier et vit au milieu de ses préoccupations journalières. Le persécuté a surtout des hallucinations de l'ouïe et, sous l'empire de ses idées fixes, il s'éloigne de plus en plus des souvenirs de la vie normale. D'autre part, les signes physiques de l'alcoolisme diffèrent essentiellement de ceux de la mélancolie

ordinaire et, dans bien des cas, ils suffiraient à le faire reconnaître.

4° *Démence alcoolique.* — La démence chez les alcooliques est caractérisée plutôt par la torpeur que par l'abolition complète des facultés. L'alcoolique dément est moins complètement nul que le dément véritable. Cependant, il faut en convenir, parvenue à un certain degré, la démence alcoolique ne se distingue plus par aucun caractère des autres formes de la déchéance intellectuelle.

Il me reste à dire quelques mots du diagnostic entre l'alcoolisme et la paralysie générale. Nous avons déjà touché ce sujet à propos du delirium tremens, mais il faut bien le savoir : à tous les degrés et dans toutes les formes de l'alcoolisme chronique, on se heurte à cette difficulté. Rappelons donc, en quelques mots, les différences essentielles qui séparent ces deux maladies.

La faiblesse musculaire est l'un des grands caractères de l'alcoolisme. Chez les paralytiques généraux, au contraire, les forces musculaires sont assez bien conservées au début, quelquefois même elles sont exaltées, et les troubles de la motilité, le tremblement qu'ils présentent sont des phénomènes plutôt spasmodiques que paralytiques. Lorsqu'à une période plus avancée la paralysie s'affirme, les autres phénomènes de la maladie sont trop nettement accentués pour qu'il soit possible de s'y méprendre.

L'alcoolisme s'accompagne presque toujours d'un certain degré de dyspepsie ; l'appétit est nul, la soif est vive, et chez les vieux buveurs il existe une sécrétion exagérée des glandules mucipares de l'estomac qui s'exprime par des vomissements glaireux. Au contraire, chez les paralytiques généraux, les fonctions digestives sont en général bien conservées et quelquefois même exagérées. Le paralytique dévore,

l'alcoolique ne mange guère, et c'est là, très incontestablement, un élément de diagnostic.

Au point de vue moral, la dépression, la tristesse, la lypémanie, sont l'expression habituelle de l'alcoolisme. La satisfaction, le contentement, l'exaltation du moi sont, au contraire, le type de la paralysie générale. Sans doute, il est des paralytiques tristes et des alcooliques gais ; mais, dans la paralysie générale, la mélancolie prend le plus souvent la tournure hypochondriaque ; on se voit alors en présence de malades très préoccupés de leur santé et craignant sans cesse la mort. Les alcooliques, au contraire, sont extrêmement portés au suicide et l'on ne rencontre pas habituellement, chez eux, ces terreurs hypochondriaques qui caractérisent si nettement la forme dépressive de la paralysie générale.

Les hallucinations, peu communes dans la paralysie générale, sont, au contraire, l'un des traits dominants de l'alcoolisme. Elles s'y présentent avec une telle abondance, une telle netteté et des caractères si spéciaux, qu'il est difficile de les méconnaître.

L'insomnie est bien plus prononcée chez les alcooliques que chez les paralytiques, et ils sont exposés à des crises nocturnes qui, comme l'a si justement fait observer M. Lasègue, constituent la note dominante de leur maladie.

Enfin, l'intelligence est incontestablement mieux conservée chez les alcooliques, qui, dans la majorité des cas, sentent parfaitement leur faiblesse et déplorent eux-mêmes leur affaissement moral.

Ces différences permettront le plus souvent de ne point confondre l'alcoolisme chronique avec la paralysie générale. Toutefois, il est des cas où les deux maladies présentent les ressemblances les plus intimes et ne peuvent être diffé-

renciées que par leur mode d'évolution. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet, à propos de la pseudo-paralysie générale alcoolique.

Pronostic. — L'alcoolisme exerce son action nuisible sur tous les organes de l'économie. La plupart des buveurs succombent à une maladie de foie, de l'estomac ou des poumons ; mais ce qui nous préoccupe surtout ici, c'est leur état cérébral.

L'alcoolique peut toujours guérir s'il parvient à secouer le joug de ses habitudes, pourvu toutefois qu'il ne soit point arrivé à ce degré de désorganisation qui rend impossible le rétablissement des fonctions normales et condamne le sujet à une sorte de demi-démence; mais il est extrêmement difficile à l'alcoolique de se réformer s'il n'est point placé sous une surveillance des plus rigoureuses. Toutefois, on a vu des conversions mémorables, et il n'est aucun médecin qui ne puisse en citer des exemples ; mais si l'alcoolisme est guérissable, la dipsomanie ne l'est point ; nous étudierons d'ailleurs ce sujet, avec tous les développements qu'il comporte, dans la leçon prochaine.

Rappelons-nous, d'ailleurs, que si le pronostic est grave pour le coupable lui-même, il ne l'est pas moins pour sa postérité. Par voie de transmission héréditaire, l'alcoolisme conduit à toutes les formes de l'aliénation mentale et surtout à ces dégénérescences qui constituent dans la pathologie mentale un chapitre à part.

Lésions anatomiques. — Si dans les principaux viscères on trouve des preuves non douteuses de l'action de l'alcool sur les tissus, il faut convenir que dans le système nerveux on ne rencontre aucune altération caractéristique. Les lésions de l'alcoolisme sont nombreuses et profondes, mais ne présentent en aucun cas de caractère spécifique.

On peut diviser en trois grandes classes les lésions cérébrales : elles sont *congestives*, *inflammatoires* ou *dégénératives*.

On rencontre souvent des congestions superficielles des hémisphères ; les méninges sont vascularisées, et les couches corticales participent à l'hypérémie.

Souvent aussi l'on trouve des traces de méningite ; il existe chez plusieurs sujets un épaississement opalin de la pie-mère et de l'arachnoïde ; mais la lésion la plus importante parmi les altérations de cet ordre, c'est la pachyméningite, ce sont les néo-membranes de la dure-mère qui deviennent l'une des sources les plus fréquentes de ces hémorrhagies méningées si fréquentes chez les alcooliques.

On trouve enfin des adhérences de la pie-mère aux circonvolutions sous-jacentes, et ces lésions ne se distinguent en rien de celles de la paralysie générale, si ce n'est par leur fréquence infiniment moins grande.

Parmi les lésions dégénératives, nous signalerons surtout les altérations des vaisseaux cérébraux. On rencontre souvent un état athéromateux très prononcé des artères, et des varicosités nombreuses, chez les vieux alcooliques. On comprend dès lors qu'ils doivent être sujets aux hémorrhagies cérébrales qui se rattachent tantôt aux anévrysmes miliaires, tantôt à la dégénérescence des parois artérielles ; mais une conséquence plus directe encore de l'athérome, c'est le ramollissement, soit cérébral, soit spinal, qui se montre parfois dans une grande étendue. Par contre, on trouve chez certains alcooliques des plaques disséminées de sclérose cérébrale.

Un certain degré d'atrophie du cerveau se remarque chez la plupart des vieux alcooliques ; lorsque ce processus est

très prononcé, le crâne semble offrir une capacité trop grande pour le cerveau qu'il renferme : c'est surtout alors que l'on constate de l'œdème cérébral, des épanchements sous-méningés ou ventriculaires qui viennent, en quelque sorte, combler le vide produit par le retrait de la substance cérébrale.

N'oublions pas enfin que chez certains sujets, loin d'être hypérémiée, la surface de l'encéphale est pâle, anémique, décolorée ; c'est une conséquence naturelle des altérations vasculaires que nous venons de décrire.

On rencontre parfois une infiltration graisseuse des cellules corticales et des dépôts pigmentaires.

Enfin l'analyse chimique a permis de reconnaître la présence de l'alcool dans le cerveau, surtout dans les cas de mort rapide à la suite d'accidents aigus.

Sauf ce dernier caractère, les lésions que nous venons de décrire, prises individuellement, ne sont point spéciales à l'alcoolisme ; on les rencontre pour la plupart dans d'autres maladies, mais elles sont la preuve évidente d'un vice profond de nutrition de l'organe. L'alcool détermine d'abord un état congestif auquel succède une subinflammation chronique qui se termine par l'atrophie. On comprend dès lors pourquoi la maladie, qui, dans ses premières phases, paraît facile à guérir, aboutit en dernière analyse à une démence incurable.

Traitement. — Nous avons déjà parlé des moyens thérapeutiques qu'il convient d'opposer au délire tremblant et à la manie grave des buveurs. Nous ne parlerons donc ici que du traitement de l'alcoolisme aigu et chronique.

Presque toujours, nous l'avons dit, quand le malade renonce de gré ou de force à ses habitudes, il guérit complè-

tement. Le moyen d'action qui se présente naturellement le premier à l'esprit, c'est la séquestration; mais il faut y joindre l'exercice physique et les distractions de tout genre, qui viennent fournir un aliment aux centres nerveux privés de leur stimulant naturel.

On a cherché quelquefois (à l'étranger) à inspirer le dégoût de l'alcool à ces malades par l'abus des préparations alcooliques. On introduit des liqueurs spiritueuses dans tous les mets qui leur sont offerts ; le filet au madère, l'omelette au rhum forment la base de leur régime, et aucun plat ne paraît sur leur table sans être largement alcoolisé. Au bout d'un certain temps, les malades, dit-on, éprouvent un tel dégoût, qu'ils renoncent pour toujours aux boissons spiritueuses; mais, de l'aveu même des promoteurs de ce système, il est des sujets qui, loin de prendre en horreur un pareil régime, s'en accommodent parfaitement et paraissent y trouver le moyen de satisfaire leurs penchants. En outre, il est évident que chez plusieurs de nos malades un pareil régime compromettrait gravement la santé physique.

L'hygiène des alcooliques doit être basée sur une alimentation tonique : on leur donnera une nourriture riche en éléments phosphorés; ils boiront du lait, du vin et du café. Une fois rétablis des conséquences immédiates de leurs abus, ils feront bien, s'ils en ont le courage, de pratiquer l'abstinence totale et de renoncer pour toujours aux boissons fermentées; c'est le meilleur moyen de ne jamais retomber dans leur péché d'habitude. Leurs efforts, en ce sens, seront facilités par l'usage des amers. Enfin, l'hydrothérapie peut rendre ici de grands services, comme dans tous le cas d'affaiblissement général du système nerveux.

Il nous reste à dire quelques mots des moyens pharmaceutiques.

Nous ne vonlons point nous occuper du traitement de l'alcoolisme en général; mais les troubles de l'estomac sont liés d'une manière tellement intime aux accidents nerveux, qu'il est impossible de les négliger.

Contre la paresse digestive, on emploiera les toniques amers et, plus spécialement, les préparations de noix vomique.

Contre les vomissements glaireux, on emploiera le nitrate d'argent sous forme pilulaire à la dose de 1 ou 2 centigrammes par jour.

Contre les douleurs et les vomissements incoercibles, on fera usage de la glace et des préparations opiacées.

Enfin les révulsifs appliqués au creux épigastrique donneront quelquefois des effets utiles.

Il nous reste à parler du traitement des accidents nerveux.

L'insomnie appelle l'emploi des bromures alcalins, des bains prolongés et des sédatifs en général. Les narcotiques ne paraissent point agir avec avantage chez les malades de ce genre, lorsqu'ils sont parvenus à l'état chronique.

On a préconisé l'oxyde de zinc contre les hallucinations de l'alcoolisme, mais l'efficacité de ce remède ne paraît nullement démontrée. Nous en dirons autant de l'huile empyreumatique de pommes de terre, que certains auteurs ont regardée comme un spécifique contre le tremblement.

Mais il est un autre ordre de médicaments qui, maniés avec prudence, seront utiles dans toutes les formes et à tous les degrés de l'alcoolisme; ce sont les purgatifs qui agissent à la fois contre les accidents gastriques en balayant le tube digestif, et contre les accidents nerveux en décongestionnant les centres par leur action révulsive sur l'intestin.

En résumé, il n'existe aucun traitement spécifique contre l'alcoolisme; mais on peut se flatter d'obtenir d'excellents résultats d'une hygiène sévèrement observée et d'une abstinence sagement réglée. A ces deux grands ordres de moyen, les médicaments pharmaceutiques viendront en aide comme d'utiles auxiliaires, mais sans jamais occuper le rôle principal.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

DE LA DIPSOMANIE.

SOMMAIRE. — Définition. — Différence entre l'ivrognerie et la dipsomanie. — Opinion des auteurs français. — Opinion des auteurs anglais. — Trois variétés. — Dipsomanie aiguë. — Dipsomanie périodique. — Dipsomanie chronique. — Opinion de l'auteur : deux variétés principales. — Forme héréditaire et forme acquise. — Exemples. — Historique de la dipsomanie. — Caractère des dipsomanes. — Prodromes des accès. — Phénomènes physiques. — Dipsomanes cyniques. — Dipsomanes mystérieux. — Intervalles de sobriété. — Type quotidien. — Choix des boissons. — Complications. — Causes. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

MESSIEURS,

Pour compléter l'histoire de l'alcoolisme, je me propose d'y joindre la description d'une névrose spéciale qui, sans se confondre avec lui, présente des rapports tellement intimes avec cette intoxication spéciale, qu'il parait naturel de les rapprocher.

La dipsomanie (de δίψος, soif) a été longtemps confondue avec l'alcoolisme et le delirium tremens ; mais nous savons aujourd'hui qu'elle constitue une affection parfaitement distincte. Avec la plupart des aliénistes, je donnerai ce nom à une névrose spéciale caractérisée par des accès impulsifs intermittents qui continuent jusqu'au moment où la crise, étant passée, la raison reprend son empire. La conduite du malade redevient alors parfaitement régulière, jusqu'à l'explosion d'un nouvel accès. Il existe donc une profonde dif-

férence entre l'ivrognerie et la dipsomanie. Cette différence a été fort bien exprimée par Trélat en ces termes : « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent lorsqu'ils trouvent l'occasion de boire, les dipsomanes sont des gens qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. »

Quant à l'alcoolisme, c'est une conséquence naturelle de l'empoisonnement chronique par l'alcool. A la longue, les ivrognes deviennent souvent alcooliques ; les dipsomanes le deviennent presque toujours.

Ces points sont parfaitement acquis à la science ; mais, lorsqu'il s'agit de tracer les frontières de la dipsomanie, il existe une divergence marquée entre les observateurs anglais et les auteurs français.

Pour M. Foville, dont l'opinion est presque universellement acceptée en France, la dipsomanie est une névrose presque toujours héréditaire et toujours spontanée ; en d'autres termes, elle est absolument indépendante des habitudes des individus. Pour les auteurs anglais, il existe plusieurs espèces de dipsomanie, et Hutcheson, l'un des auteurs qui ont le plus approfondi la question, en distingue trois variétés.

La dipsomanie aiguë succède à des hémorrhagies abondantes, aux excès vénériens, aux fatigues insolites, à la dyspepsie ; on la voit aussi se produire dans la convalescence des fièvres graves. Le sujet est pris alors d'un besoin irrésistible qui le pousse à commettre des excès alcooliques. La crise une fois passée, les accidents peuvent se reproduire ; mais la santé peut aussi se rétablir.

La dipsomanie périodique est caractérisée par des paroxysmes intermittents, séparés par des intervalles plus ou moins longs de sobriété. Elle correspond à la névrose décrite par les auteurs français.

Enfin, la dipsomanie chronique est un état presque constant, sans intervalles de lucidité : le malade s'abandonne tous les jours à ses penchants vicieux ; tous les matins, quand il s'éveille, il déplore ses excès et se promet d'y renoncer ; mais, à mesure que la journée s'avance, ses résolutions faiblissent, et le soir, il est gris comme de coutume. A ce portrait, nous reconnaîtrons la plupart des anciens ivrognes chez lesquels l'habitude a créé une passion tyrannique qui les tient enchaînés.

Pour moi, je prendrai volontiers une position intermédiaire entre les observateurs anglais et français, et j'admettrai deux variétés principales de la dipsomanie : ce sont la forme héréditaire et la forme acquise. Dans la première, le malade, victime d'un penchant congénital, retombe fatalement dans les mêmes excès, par suite d'une impulsion irrésistible. Dans la seconde, un homme primitivement sain, acquiert, pour ainsi dire, un penchant fatal, un vice de conformation morale, par l'effet d'une longue habitude. Voilà pourquoi nombre d'ivrognes sont absolument incurables. Ils se sont créé un besoin factice qui, de temps en temps, se traduit par des impulsions irrésistibles. Les deux malades dont je vais vous parler aujourd'hui, peuvent être pris, chacun dans son genre, pour des types de ces deux variétés.

Parlons d'abord de la malade qui présente le type classique de la dipsomanie, celui de la névrose impulsive et spontanément développée.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, née d'une famille distinguée et qui a compté plusieurs membres très intelligents, mais en même temps des aliénés en assez grand nombre. Son cousin germain est interné à Sainte-Anne depuis quatre ans.

Sur ce terrain prédisposé, la dipsomanie a éclaté brusquement à l'occasion de sa première grossesse, il y a neuf ans. Elle était enceinte de trois mois, quand les premiers accidents se sont manifestés.

Dès qu'un accès la prend, elle s'échappe de la maison pour se livrer à ses penchants. Toutes les boissons alcooliques paraissent également lui convenir; elle ne manifeste aucune prédilection spéciale. Une fois sortie de la maison, elle erre de cabaret en cabaret, dépensant follement l'argent qu'elle a emporté et donnant en gage les objets qu'elle a pris chez elle. Un jour, au Palais-Royal, elle a mis la montre de son mari en gage pour deux verres d'absinthe; une autre fois, elle a donné une valeur de 600 francs pour une consommation de 40 centimes. C'est le seul objet qu'on ait jamais pu retrouver. En effet, lorsqu'elle s'échappe de la maison, elle est toujours parfaitement vêtue et elle emporte tout ce qui lui tombe sous la main : de l'argent, des bijoux, du linge et d'autres objets. On la retrouve quelque temps après complètement dépouillée et presque en état de nudité, soit parce qu'elle a follement dépensé tout ce qu'elle avait, soit parce qu'elle s'est laissé voler pendant son ivresse. Jamais elle ne revient spontanément; elle est toujours ramenée par les agents de police. Depuis huit ans, elle a été arrêtée dans tous les quartiers de Paris, trois, quatre ou cinq jours après sa disparition. Une fois, les mêmes agents l'ont ramenée ivre morte à deux reprises et à trois heures d'intervalle dans la même journée. La plupart du temps, elle passe les nuits dehors, même par le froid le plus rigoureux. Elle a perdu trois fois son jeune enfant qu'elle emmenait avec elle.

En 1874, elle a été placée chez un de ses parents, médecin en province. Elle y est restée quinze mois, pendant

lesquels elle a continué ses excès, malgré la surveillance dont elle était l'objet.

Elle a été placée deux fois à Sainte-Anne, où elle entre pour la troisième fois. Sa dernière admission a été motivée par un troisième accès, qui s'est manifesté le 22 janvier dernier. Elle s'est emparée d'un demi-litre d'esprit de vin acheté pour les nettoyages, puis elle est partie après avoir enfermé à clef son mari et la personne qui était chargée de la surveiller. Après avoir vagabondé pendant huit jours, elle a été arrêtée à deux heures du matin dans la rue, et conduite à la Préfecture, d'où elle est arrivée à Sainte-Anne.

Pendant la durée des accès, ou plutôt lorsque l'accès est terminé, elle est atteinte d'une amnésie complète, elle ne se souvient de rien, aussi la famille est-elle absolument incapable de savoir ce qui s'est passé. Ce sont les renseignements des agents de police, qui seuls peuvent éclairer la situation.

Dans l'intervalle des accès, elle est très douce, très affectueuse et très intelligente. Elle est cependant sujette à des crises de lypémanie avec tendance au suicide ; elle a réussi une fois, malgré la surveillance dont elle était entourée, à se jeter par la fenêtre. Elle s'est fracturé les deux cuisses et s'est brisé les dents.

Actuellement, la malade, calmée par une privation absolue de boissons alcooliques, se montre complètement raisonnable. Elle rougit du penchant irrésistible qui l'entraîne aux excès alcooliques, elle le déplore et voudrait mourir pour s'y soustraire. Toutefois, il est certain que, rendue à la liberté, elle reprendrait immédiatement ses anciennes habitudes. L'expérience a déjà été tentée à plusieurs reprises.

Nous sommes donc ici en présence d'un véritable cas de dipsomanie, et nous savons de science certaine que la ma-

ladie est absolument incurable et que la malade est destinée à terminer ses jours dans un asile, bien qu'elle jouisse de l'intégrité complète de ses facultés intellectuelles. Vous voyez ici le type de la première variété.

Le second malade nous présente un type infiniment plus fréquent. Il s'agit d'une dipsomanie acquise chez un homme qui a commis depuis longtemps de graves excès.

Le malade est âgé de cinquante et un ans; c'est un typographe extrêmement intelligent et qui ne présente point d'antécédents héréditaires. Il parle plusieurs langues et fait preuve d'une grande habileté dans sa profession. C'est seulement à l'âge de trente-six ans, en 1864, qu'il a commencé à manifester des goûts alcooliques. A l'époque de son mariage, en 1856, il était excessivement sobre et ne buvait que de l'eau de houblon. Il commença par boire du vermouth en dehors des repas. Bientôt, il prit l'habitude du vin et parvint rapidement à en boire un litre à son déjeuner. Il faisait en même temps abus de café.

Quelques années plus tard, l'imprimerie dans laquelle il était employé ayant cessé de travailler, il partit pour l'Angleterre, où il resta pendant trois mois, sans sa femme; et là, se sentant libre de toute contrainte, il se mit à boire du gin, du whiskey et d'autres spiritueux. Revenu plus tard à Paris, il fut garde national pendant le siège, et, comme beaucoup d'autres, il chercha à suppléer à l'insuffisance de la nourriture par l'abus de l'alcool. Le siège terminé, il conserva ses habitudes, et c'est à partir de ce moment que la dipsomanie a véritablement commencé.

Pendant une période de deux à trois semaines, il se met à boire; il rentre chez lui, le soir, dans un état d'excitation extrême et cherche à battre sa femme; fort

heureusement la force physique lui manque. Il a cependant essayé une fois de la frapper avec un couteau. L'excitation calmée, il se met au lit sans manger, l'appétit étant complètement nul.

Dans les derniers jours de la crise alcoolique, il tremble continuellement et finit par ne plus pouvoir travailler ni même sortir. Obligé de se renfermer chez lui, privé de boissons alcooliques, il reste au lit pendant quatre ou cinq jours et finit par se calmer. C'est alors qu'il fait ample provision de bonnes intentions.

Pendant une période de deux à trois semaines, il reste absolument sobre ; il se désaltère avec une forte infusion de quassia amara, et ne boit pas une goutte de vin, ni de liqueurs ; mais bientôt un sentiment de faiblesse s'empare de lui et, pour se remonter, il prend un petit verre. A partir de ce moment, il est complètement perdu, il retombe dans ses excès et parcourt toutes les phases d'une crise nouvelle.

Les accès de dipsomanie ont été quelquefois séparés par des intervalles plus longs. Vers la fin de son séjour en Angleterre, il s'était fait admettre dans une société de tempérance, et, pendant trois mois, il resta absolument sobre; mais dans ces derniers temps les crises se sont rapprochées, et depuis neuf mois il est resté presque constamment en état d'ivresse.

Depuis quelques mois seulement, il a perdu le sommeil ; il s'agite constamment dans son lit, parle tout haut et paraît éprouver des hallucinations de la vue. Il voit défiler devant lui les sages de la Grèce et les grands hommes de l'antiquité romaine. Il n'a presque jamais vu d'animaux ; quelquefois ses hallucinations sont terrifiantes, il lutte violemment avec les fantômes qui l'entourent.

En dehors de l'accès, c'est un homme intelligent et doux ; pendant l'attaque, au contraire, il devient très redoutable. Il est querelleur, méchant, il cherche chicane à tout le monde, souvent il essaye de violenter sa femme et de la frapper. Enfin, il éprouve de vagues impulsions au suicide, mais jusqu'ici toute son ardeur s'est évaporée en paroles. C'est sur sa propre demande qu'il est entré à Sainte-Anne ; il a parfaitement conscience de son état et veut absolument se guérir.

Cet homme nous présente le type achevé de la seconde variété de dipsomanie : celle qui n'est point héréditaire, mais qui s'acquiert par les excès. Il ne s'agit pas ici de la tyrannie de l'habitude, si fréquente chez les ivrognes de profession ; nous sommes en présence d'un sujet qui éprouve des accès intermittents séparés par des intervalles de sobriété. Ce n'est pas un ivrogne, c'est, je le répète, un *dipsomane*, du moins au sens des Anglais. Si la névrose dont il est atteint est le résultat de ses habitudes, elle n'en est pas moins une névrose ; mais n'anticipons pas sur la discussion que nous nous proposons d'aborder plus loin.

Messieurs, il peut vous sembler étrange, au premier abord, qu'une affection aussi bien caractérisée ait échappé aussi longtemps à l'attention des observateurs ; mais l'alcoolisme lui-même n'a été bien étudié que depuis une vingtaine d'années. Jusqu'à l'époque où Magnus Huss a créé cette expression immédiatement acceptée par tous les pathologistes, il existait de nombreux travaux sur les détails de la question, mais point de travail d'ensemble. Il n'est donc pas étonnant que le delirium tremens et la dipsomanie n'aient été connus que depuis le commencement du siècle ; mais l'historique de la dipsomanie

est assez intéressant pour nous arrêter un instant (1).

C'est en 1817 que Salvatori, médecin italien, établi à Moscou, communiqua à la Société de médecine de cette ville un mémoire en latin dans lequel il décrivait assez exactement les symptômes et la marche de la dipsomanie. A ce travail intéressant et parfaitement original, il joignait quelques erreurs regrettables.

Deux ans plus tard, en 1819, un autre membre de la Société de médecine de Moscou, Bruhl-Cramer, publiait à Berlin, en langue allemande, un excellent travail sur la matière, dans lequel il n'est pas fait une seule fois mention du mémoire de Salvatori. Or, il est absolument impossible d'admettre que l'auteur allemand, qui faisait partie de la Société de médecine de Moscou, n'ait point eu connaissance du travail de son prédécesseur, et l'on trouve dans son ouvrage des preuves intrinsèques qui permettent d'affirmer, sans la moindre hésitation, qu'il le connaissait parfaitement. Il est donc évident qu'il a cherché à s'attribuer le mérite d'une découverte qui ne lui appartenait pas; mais si nous blâmons énergiquement cette mauvaise action, nous devons rendre justice aux qualités sérieuses de l'observateur, qui a creusé la question bien plus profondément que son prédécesseur et a su se défendre contre les erreurs que celui-ci avait commises.

Le travail de Bruhl-Cramer a eu un retentissement légitime en Allemagne; mais, bien que Stœber ait publié, en 1824, un mémoire sur cette question, dans lequel il désigne cette affection sous le nom d'*œnomanie*, ce n'est que depuis le travail d'Esquirol, publié en 1838, que la dipsomanie est connue en France. Marc, en 1840, a publié une excel-

(1) Nous empruntons ces détails à l'intéressant travail de M. Foville, *Archives générales de médecine*, octobre 1867.

lente étude médico-légale sur la question. En Angleterre, la dipsomanie a attiré l'attention d'un grand nombre d'observateurs, parmi lesquels nous citerons surtout Hutcheson, Carpenter, Anstie, Forbes-Winslow, Christison, Bucknill et Tuke. Enfin les travaux de Morel, de Marcé, de Trélat et de M. Foville ont achevé d'éclairer la question, et l'on peut aujourd'hui considérer la dipsomanie comme un des points que nous connaissons le mieux en pathologie mentale.

Messieurs, je crains d'avoir fatigué votre attention par ces détails historiques ; mais il n'est pas sans intérêt de voir comment une maladie, qui doit avoir existé depuis les temps antiques, a pu rester latente pendant de longs siècles et n'arriver à la lumière que de nos jours, car les derniers travaux qui en ont fixé les contours sont absolument récents.

Arrivons maintenant aux côtés pratiques et cliniques de la question.

La plupart des dipsomanes ont un caractère à part ; ce sont des excentriques, et la ligne de leur conduite est loin d'offrir une courbe régulière. Ils sont bizarres, emportés, souvent cruels et quelquefois complètement aliénés. Toutefois, il est des malades dont l'intelligence paraît absolument normale et ne présente aucune irrégularité dans l'intervalle des accès.

L'approche de la crise est marquée par des prodromes qui ne font guère défaut que dans les cas absolument aigus. Le malade éprouve un malaise vague ; il est inquiet, il a des terreurs sans motif, il se laisse envahir par la tristesse et manifeste souvent des idées de suicide. Voilà pourquoi, sans doute, M. Magnan (1), dans un article récent, consi-

(1) *Archives de neurologie*, t. Ier, p. 57.

dère la dipsomanie comme une variété de lypémanie. C'est là, messieurs, une erreur radicale ; car si l'on devait réunir sous le nom de lypémanie tous les états psychologiques caractérisés par la dépression, il n'y aurait plus lieu d'établir des catégories distinctes en médecine mentale. La dipsomanie est une névrose dont la marche, l'évolution et les symptômes la distinguent nettement de la lypémanie. Elle en diffère également par ses symptômes physiques, et, s'il fallait lui trouver une place dans le cadre des anciennes classifications, nous aimerions mieux, avec Esquirol, l'appeler *monomanie de l'ivresse*, et la ranger parmi les délires partiels.

Mais poursuivons notre étude clinique. Aux troubles psychologiques que nous venons de signaler se joint tout un cortége de phénomènes physiques. On constate d'abord un sentiment de faiblesse musculaire qui contribue à produire une incapacité de travail dont l'état moral vient aggraver l'intensité. Le sujet éprouve une tendance aux syncopes; enfin il est tourmenté par des phénomènes dyspeptiques qui vont éveiller bientôt l'impulsion morbide. Le malade songe à boire, soit pour rétablir l'appétit languissant, soit pour reprendre des forces, soit enfin pour échapper à la tristesse ou à des malaises plus pénibles encore. J'ai connu un officier anglais qui avait été expulsé de l'armée des Indes pour cause de dipsomanie; interrogé pendant un intervalle de lucidité, il m'assura (comme le font presque tous les dipsomanes) qu'il n'avait aucun goût pour les spiritueux et même que la saveur de l'eau-de-vie lui était fort désagréable. Il buvait, disait-il, pour échapper à un sentiment de terreur accablante et sans motif. Lorsqu'une fois il était en proie à cette angoisse, rien ne pouvait l'empêcher de boire et sa volonté était absolument paralysée.

Cependant, chez la plupart des dipsomanes, la résistance est possible au début, mais bientôt la crise s'aggrave, l'impulsion devient irrésistible et le malade entre en fureur quand on s'oppose à ses volontés. Pour satisfaire sa passion, il a recours aux stratagèmes les plus divers. Tel malade que j'ai connu buvait l'eau de Cologne qu'il dérobait à sa mère; tel autre vidait le contenu d'une lampe à alcool. L'officier anglais dont je vous ai parlé avait un tel désir de guérir pendant ses intervalles lucides, qu'il s'était fait enfermer dans une maison de santé pour triompher de lui-même; mais, quand l'accès survenait, il corrompait les domestiques et trouvait le moyen de satisfaire sa passion. L'un des exemples les plus curieux de cette tendance à se tromper soi-même est celui d'un homme fort distingué, qui, après la mort de sa femme, est tombé dans la dipsomanie. Pour se corriger, il avait fait venir chez lui une de ses cousines et lui avait remis la clef de la cave; mais on s'aperçut bientôt que, malgré la surveillance de cette dame, il continuait à s'enivrer. On cherchait, de tous côtés, à découvrir la manière dont il se procurait des boissons spiritueuses lorsqu'un beau jour on s'aperçut qu'il s'était fait fabriquer une fausse clef, grâce à laquelle il pouvait déjouer les précautions qu'il avait prises contre lui-même.

Une fois que le dipsomane s'est mis à boire, il est lancé sur une pente où il ne peut plus s'arrêter (1); non seulement il arrive promptement à l'ivresse, mais souvent il s'abandonne aux débauches les plus crapuleuses et les plus insensées. Il oublie toutes les obligations, tous les devoirs de

(1) Je connais une dame anglaise qui est prise d'un accès prolongé de dipsomanie toutes les fois qu'il lui arrive de prendre un verre de vin ou de goûter à une boisson alcoolique quelconque. Pendant les intervalles lucides, elle ne boit jamais que de l'eau.

sa position sociale, et, si l'argent lui fait défaut, il vend, à n'importe quel prix, tout ce qui lui tombe sous la main.

Toutefois, il est des dipsomanes qui conservent encore une certaine retenue, et l'on peut à cet égard les diviser en deux classes : les *cyniques* et les *mystérieux*.

Le cynique ne dissimule rien ; il court les cabarets et les cafés, donnant partout le spectacle de son ivresse et acceptant le premier venu pour compagnon de son orgie. Anstie rapporte l'observation d'un grand manufacturier du nord de l'Angleterre, qui, saisi de temps en temps d'un accès de dipsomanie, allait s'enivrer publiquement avec des filles de mauvaises vie, sans aucun souci de sa réputation ni de ses affaires. L'accès durait environ six semaines. Une fois la crise terminée, il redevenait un homme respectable et reprenait la suite de ses travaux, comme si rien n'était arrivé.

Les sujets de cette espèce sont évidemment inconscients dans une certaine mesure, et c'est surtout chez eux qu'on observe cette *amnésie alcoolique* dont nous avons déjà parlé. Un auteur américain, Crotchett, en rapporte un exemple singulier. Un fermier dipsomane, mais habile en affaires, s'était aperçu qu'au sortir d'une crise il perdait tout souvenir des marchés qu'il avait conclus pendant la durée des excès alcooliques, qui ne l'empêchaient point de travailler comme de coutume. Il en était résulté plus d'une fois des pertes sérieuses. Il avait donc pris l'habitude, tout en buvant, de noter scrupuleusement sur son carnet tout ce qui se rapportait aux questions d'argent ; au sortir de la crise, il se réveillait, pour ainsi dire, ayant perdu tout souvenir de ce qui s'était passé, mais conservant un témoignage écrit qui lui permettait d'entretenir l'ordre et la régularité dans ses comptes.

La malade que je vous ai présentée est un exemple remarquable de cette forme d'amnésie.

Les dipsomanes mystérieux ou pudiques s'enveloppent, au contraire, de précautions et cherchent à garder le secret de leurs habitudes. Plus d'une existence régulière en apparence est traversée par des crises dont personne n'a jamais soupçonné la gravité.

J'ai connu un homme actif, intelligent et très entendu aux affaires, qui habitait dans un quartier convenable et bien tenu. Rien ne trahissait la moindre irrégularité dans sa conduite, sauf des absences assez fréquentes, assez faciles à comprendre chez un célibataire, et pendant lesquelles on ne savait jamais où il était allé. Ceux qui auraient cherché à suivre sa piste l'auraient trouvé dans un logement sordide et sans meubles, où il se grisait, solitaire et silencieux, assis sur une chaise de paille devant une table boiteuse. Telle était la liaison mystérieuse qui motivait son absence. Aucune femme n'était mêlée à l'affaire, ce qui explique sans doute pourquoi le secret a été si bien gardé, jusqu'au moment où une maladie grave et promptement mortelle est venue déranger ses précautions et révéler le vice qu'il avait si longtemps dissimulé.

Mais l'accès de dipsomanie ne dure pas éternellement. Après une période très variable, quelques jours, quelques semaines, quelques mois (Esquirol), le malade s'éveille, l'impulsion est calmée, le repentir arrive. Il est accompagné d'une dyspepsie souvent assez intense et d'un profond dégoût pour les boissons. Souvent, comme notre typographe, le malade se prive absolument de liqueurs fermentées pendant toute la durée de la période lucide.

Les intervalles de sobriété ont une durée variable, ils sont quelquefois très prolongés. Pendant mon internat à Bicêtre,

le concierge de cet établissement était sujet à des accès de dipsomanie qui revenaient périodiquement tous les six mois. Je l'ai vu, pendant huit ou dix jours, dans un état indescriptible ; revenu à la raison, il ne buvait jamais que de l'eau jusqu'au retour de l'accès suivant.

Mais, dans la plupart des cas, à mesure que la maladie devient plus ancienne, les périodes lucides deviennent plus courtes, les accès plus fréquents. On arrive alors au type quotidien des auteurs anglais, dans lequel le malade se grise tous les soirs et se repent tous les matins, formant alors des résolutions de sobriété qui durent jusqu'aux premières heures de l'après-midi.

Le choix des boissons varie suivant les individus. Le dipsomane, en plein accès, s'empare de tout liquide alcoolique qui lui tombe sous la main ; mais, quand il est libre, il accorde généralement la préférence à une boisson particulière.

Pour les uns, c'est l'alcool sous ses formes diverses : le kirsch, la chartreuse, l'eau-de-vie et surtout l'absinthe ; pour les autres, c'est le vin tantôt rouge, tantôt blanc. J'ai connu un journaliste qui, dans ses accès, s'enivrait avec d'énormes quantités de vin rouge ; *je l'aime à la folie*, disait-il, et il prétendait en avoir bu jusqu'à 24 litres en un seul jour. On voit aussi certains dipsomanes se griser avec de la bière ; enfin, il faut réserver une place d'honneur aux buveurs d'éther sulfurique, qui sont incontestablement de vrais dipsomanes, et aux sujets qui s'enivrent avec le chloroforme, soit par voie d'inhalation, soit même par ingestion directe. Il est bon de savoir que ces derniers ont souvent payé de leur vie leur imprudence.

Signalons rapidement les complications qui peuvent accompagner la dipsomanie. On voit cet état s'unir souvent à une vive excitation génitale, surtout chez les femmes, qui

sont quelquefois atteintes d'une véritable fureur utérine pendant leur accès de dipsomanie.

On voit d'autres sujets présenter dans ces circonstances un penchant irrésistible au vol, au meurtre, à l'anthropophagie. Esquirol cite le cas d'une idiote qui, après des excès alcooliques, était atteinte de pyromanie. Mais ce qu'on observe le plus souvent, en pareil cas, c'est l'impulsion au suicide.

Voyons maintenant quelles sont les causes qui déterminent cette forme singulière de délire impulsif. Il faut, en premier lieu, signaler l'hérédité comprise dans le sens le plus large. Il ne s'agit point seulement, en effet, de l'hérédité directe et similaire ; mais on peut rencontrer chez les ascendants d'un dipsomane toutes les variétés d'aliénation mentale et toutes les perturbations que peut nous offrir le vaste domaine des névropathies. La dipsomanie se présente alors sous la forme d'une névrose héréditaire, obéissant à la loi de transformation qui régit un si grand nombre de cas semblables, et qui modifie, chez les enfants, le type morbide dont leurs parents ont offert l'exemple.

Viennent ensuite l'alcoolisme et les abus habituels. Il s'agit ici de la dipsomanie acquise, forme acceptée par les auteurs anglais, et qui n'est point généralement admise par les observateurs français. Nous nous sommes expliqué déjà sur ce point. Nous croyons qu'il est, parmi les ivrognes de profession, des sujets qui conservent encore un certain degré de liberté et qui peuvent, par un effort de volonté, se soustraire à leurs habitudes, pourvu toutefois que les circonstances les favorisent. Il est évident qu'on ne doit point les confondre avec ceux qui subissent dans toute son étendue la tyrannie de l'habitude, et qui, sans être des dipsomanes spontanés, ont fini par perdre leur liberté morale et par

éprouver de temps en temps des besoins absolument irrésistibles qui rendent leur guérison impossible.

Nous signalerons ensuite toutes les causes d'affaiblissement. L'état puerpéral, les hémorrhagies abondantes, les grands traumatismes, l'insolation (Browne), enfin les excès de travail, les chagrins, les anxiétés poignantes peuvent éveiller cette disposition morbide chez les sujets auparavant raisonnables et bien portants.

Chez les femmes, il faut tenir compte de tous les antécédents de la vie génitale ; la menstruation est souvent l'occasion de pareils désordres ; la ménopause, à son tour, peut marquer le début de la dipsomanie ; on la voit se produire chez les nouvelles accouchées, chez les femmes en état de grossesse, enfin pendant la lactation. Le goût très prononcé de la plupart des nourrices pour les boissons alcooliques n'est peut-être pas toujours une simple question de gourmandise.

Enfin, chez les deux sexes, les débuts de l'aliénation mentale sont souvent marqués par une crise de dipsomanie. Esquirol a rapporté l'histoire d'une dame atteinte de folie intermittente, et dont les accès étaient toujours précédés d'une période pendant laquelle elle manifestait un penchant irrésistible à l'ivrognerie. On sait que les débuts de la paralysie générale sont très souvent marqués par une tendance analogue.

Est-il difficile d'établir le diagnostic de la dipsomanie? Il semble, au premier abord, que rien n'est plus facile que de reconnaître un penchant morbide qui vient, pour ainsi dire, se dénoncer lui-même ; et pourtant, nous rencontrons ici comme ailleurs des difficultés très réelles.

Sachons d'abord le reconnaître, il est des dipsomanes qui cachent si bien leur penchant qu'ils parviennent à endormir tous les soupçons.

On observe alors, à un moment donné, des phénomènes étranges, bizarres, et lorsqu'enfin on est sur la piste de l'alcoolisme, c'est en surveillant de très près les sujets que l'on parvient quelquefois à surprendre leur secret.

Mais, dans les cas où la dipsomanie s'accuse ouvertement, il faut, avant tout, savoir la distinguer des excès qui marquent souvent le début de la folie et surtout de la paralysie générale. C'est la marche ultérieure de la maladie qui pourra, surtout ici, nous éclairer. Quant au diagnostic immédiat, il sera fondé sur les antécédents du malade, sur l'intermittence nettement accentuée des crises alcooliques, enfin, sur les troubles physiques et psychiques qui se manifesteront de bonne heure chez un véritable aliéné. Le dipsomane, en effet, ne présente aucun délire en dehors de l'ivresse, qui résulte directement de ses excès, et une fois dégrisé, il est parfaitement raisonnable, et bien portant en général, sauf la dyspepsie qui est la conséquence immédiate de ses habitudes.

Enfin, il ne faut point confondre les dipsomanes avec les ivrognes de profession. Ceux-ci se livrent à la boisson toutes les fois qu'ils en trouvent l'occasion ; mais ils n'éprouvent point cet irrésistible besoin, fruit, le plus souvent, d'une prédisposition héréditaire qui tyrannise le sujet au point de lui faire perdre toute liberté morale, sans cependant agir sur les facultés du raisonnement et de l'intelligence.

Toutefois, nous admettons avec les Anglais que l'ivrognerie finit par créer ce besoin impulsif, et nous dirions volontiers que l'un des plus grands dangers qui menacent l'ivrogne, c'est de devenir dipsomane.

Le pronostic de la dipsomanie est absolument désespéré, surtout lorsqu'il s'agit du vice héréditaire et spontané, et non d'une habitude acquise. Jamais ces malades ne guéris-

sent, et cependant les moyens de traitement sont aussi variés que nombreux.

Il faut d'abord s'attaquer à la dyspepsie, conséquence habituelle des excès alcooliques, d'autant plus que, selon les Anglais, certaines formes de dyspepsie sont une prédisposition des plus puissantes à la dipsomanie. On prescrira le nitrate d'argent, les révulsifs, les toniques amers, enfin un régime approprié.

Les amers ont été préconisés aussi comme agissant directement contre la névrose. On prétend avoir obtenu de bons résultats de l'emploi de la strychnine et de la noix vomique. Quelquefois l'opium a déterminé une amélioration momentanée. Enfin, l'hydrothérapie, nettement indiquée dans toutes les affections nerveuses, semble destinée à rendre ici des services réels.

Mais, de tous les moyens mis en usage, il n'en est qu'un seul dont l'efficacité soit absolument certaine, c'est l'isolement, c'est la séquestration. Privé de sa liberté, sevré des stimulants alcooliques dont il ne sait se passer, le malade revient à une raison parfaite et tourmente le médecin pour obtenir sa sortie. C'est alors qu'il faut s'armer de fermeté; car, s'il est une chance de salut pour de tels malades, elle se trouve exclusivement dans une séquestration longtemps, je dirais presque indéfiniment prolongée.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE.

SOMMAIRE. — Type clinique. — Deux variétés d'alcooliques. — Têtes fortes et têtes faibles. — Les pseudo-paralytiques appartiennent à la seconde classe. — Mode de début de la pseudo-paralysie générale alcoolique. — Rétablissement rapide. — Récidives fréquentes. — Diagnostic différentiel. — Marche de la maladie. — Analyse des symptômes. — Troubles accessoires. — Etat intellectuel. — Pronostic. — Anatomie pathologique. — Traitement.

MESSIEURS,

Le diagnostic différentiel entre l'alcoolisme et la paralysie générale est l'une des questions les plus difficiles parmi celles que les aliénistes sont appelés chaque jour à résoudre. Sans parler des écueils ordinaires de la pratique, il est une forme de l'alcoolisme qui prend exactement le masque de la paralysie générale et qui semble, au moins pendant un certain temps, en reproduire exactement le caractère. Nous avons en ce moment, à la clinique, un malade qui présente au plus haut degré le type de cette maladie, à laquelle on a donné le nom de *pseudo-paralysie générale alcoolique*, par analogie avec la pseudo-paralysie générale syphilitique.

Il ne s'agit point seulement ici d'une question de diagnostic, mais aussi, mais surtout, d'une question de pratique. En effet, tout diffère dans ces deux maladies, malgré les apparences trompeuses d'une ressemblance extérieure ; l'évolution du processus morbide et ses conséquences ulté-

rieures sont tout autres dans la vraie paralysie générale, et nous en dirons autant du traitement qu'il convient de lui opposer. Enfin, sous le rapport de la doctrine, il s'agit d'une question des plus intéressantes au point de vue de l'étiologie.

Lorsqu'on considère les ravages exercés sur l'économie par l'abus des boissons alcooliques, il semble à peu près impossible de calomnier cette source féconde de maladies et de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales; et cependant cette exagération a été commise.

L'alcoolisme conduit à un genre particulier d'aliénation mentale, dont on ne saurait exagérer la fréquence et la gravité ; mais il ne conduit point, comme on l'a faussement prétendu, à la paralysie générale. Nos maîtres, Esquirol, Bayle, Calmeil, et plus tard Marcé, ont admis une corrélation directe de cause à effet entre ces deux maladies, et leur manière de voir est assez généralement adoptée par les observateurs contemporains.

L'opinion contraire a été vigoureusement soutenue par MM. Lasègue et Falret, et j'ai toujours partagé leur manière de voir. On comprend, d'ailleurs, facilement l'erreur dans laquelle sont tombés leurs prédécesseurs. On sait, en effet, que les débuts de la paralysie générale sont marqués très souvent par des tendances bachiques et par des orgies de toute nature ; et nous allons vous montrer que l'alcoolisme, à son tour, peut simuler la paralysie générale. Nous trouvons ici une double source d'erreur, contre laquelle je tiens à vous prémunir.

Nasse (1) a décrit, sous le nom de *pseudo-paralysis a*

(1) Nasse, *Irrenfreund* (1870). Nous renvoyons le lecteur, pour de plus amples détails sur la partie historique de la question, à la thèse de M. le docteur Lacaille (thèse de Paris, 1881, p. 12).

potu, la forme d'alcoolisme qui va nous occuper ; et cette question a été récemment traitée par M. le docteur Lacaille, dans une thèse récompensée par la Faculté.

Je vais, messieurs, avant de vous parler de la maladie, vous présenter le malade. C'est un homme de quarante-quatre ans, qui possède, au point de vue alcoolique, des quartiers de noblesse bien authentiques. En effet, son père et son grand-père maternel étaient buveurs. D'un autre côté, le père alcoolique du malade et son grand-père paternel sont morts l'un et l'autre d'une hémorrhagie cérébrale. Le sujet présente donc une prédisposition en partie double ; c'est, au point de vue héréditaire, un alcoolique et un cérébral.

Le malade a commencé de bonne heure les excès qui l'ont conduit à Sainte-Anne ; il avait quatorze ans lorsqu'il s'est grisé pour la première fois, et d'après son aveu, il n'a jamais cessé de boire depuis.

La santé physique est toujours restée assez bonne. On ne saurait en dire autant de la santé de l'esprit. Il a été séquestré *seize fois ;* il vient d'entrer à la clinique le 1er février dernier ; sa première entrée à Sainte-Anne porte la date du 9 août 1870. Dès cette époque, on avait porté le diagnostic de paralysie générale. Il éprouvait une satisfaction vive, un contentement général, il voulait acheter le café Riche et présentait d'autres conceptions délirantes de la même espèce. Il offrait déjà un certain embarras de la parole et une légère inégalité pupillaire.

Depuis cette époque, il a manifesté une absence complète de sens moral. Il a commis des vols de paralytique, c'est-à-dire des actes absurdes autant qu'immoraux. A sa dernière séquestration, il avait été arrêté emmenant une voiture du marché. Cela nous rappelle le paralytique cité par

M. Lasègue, qui, après avoir volé une planche à un échafaudage, l'emportait tranquillement sous son bras.

Notre malade est atteint, en outre, de plusieurs des phénomènes physiques que l'on signale dans la paralysie générale. Il a un tremblement considérable qui s'accompagne d'un embarras manifeste de la parole. Il offre une inégalité pupillaire très manifeste. Enfin, il aurait, paraît-il, des attaques épileptiformes. On comprend donc aisément qu'il ait été pris pour un paralytique général, par les aliénistes les plus compétents ; et cependant il ne l'était pas, et la preuve, c'est que chacune de ses seize séquestrations s'est terminée par la guérison. Douze ans se sont écoulés depuis sa première entrée, et il n'est pas plus avancé sur le chemin de la paralysie. C'est donc un alcoolique, mais un alcoolique d'une espèce particulière.

Deux faits nous paraissent à noter dans son histoire : le premier, c'est qu'il a été condamné, en 1874, à un an de prison pour vol, après de nombreuses ordonnances de non-lieu pour des faits semblables. La patience des juges était lassée à la fin, et ils ont cru devoir sévir, bien que l'accusé ne fût en réalité pas plus responsable cette fois que les autres.

Un second fait bien plus grave encore au point de vue cérébral, c'est qu'il a été frappé d'une hémiplégie droite, au mois de janvier 1881 ; il en reste encore des traces, et tout porte à croire que cet homme, qui ne mourra certainement pas en état de paralysie générale, finira par un coup de sang, comme son père et son grand-père avant lui. En un mot, il est cérébral, et ce qui achève de le prouver, c'est qu'il a eu des convulsions à l'âge de treize ans.

Voilà pourquoi, sur un terrain spécialement préparé, l'alcoolisme prend une forme paralytique, au lieu de

suivre, comme chez la plupart des sujets, les règles classiques de l'évolution morbide. En un mot, nous sommes en présence d'un cas de pseudo-paralysie générale alcoolique.

Nous connaissons donc maintenant le malade et nous allons nous occuper de la maladie.

Parmi les alcooliques, on rencontre deux classes essentiellement différentes d'individus. Les uns supportent admirablement les excès bachiques sous le rapport intellectuel, sinon toujours sous le rapport physique ; ils peuvent avoir, ils ont souvent des gastrites et des cirrhoses ; mais l'intelligence reste fidèle à son poste et ne se laisse point déséquilibrer. Ce sont les buveurs qui, comme on le dit familièrement, ont la *tête solide.*

Les autres, au contraire, ont la *tête faible ;* ils supportent très mal le vin ; ils se grisent très facilement et versent très promptement dans le délire alcoolique ; ce sont des cérébraux, et le plus souvent des congestifs: tel est notre malade.

Autrefois, quand les mœurs sociales étaient plus relâchées sous ce rapport, les seconds étaient victimes des premiers ; les têtes faibles étaient entraînées par les têtes solides à commettre des excès qui compromettaient absolument leur santé ; et nous voyons encore aujourd'hui, dans les brasseries de Paris, des femmes qui exercent le singulier métier d'*inviteuses* et qui arrivent à s'ingurgiter des quantités incroyables de boissons alcooliques dans le courant d'une journée. Elles profitent de cette faculté pour griser les consommateurs ; et, chez les buveurs de cette espèce, on rencontre assez souvent des sujets qui ont absolument perdu le pouvoir de s'enivrer.

Si maintenant nous nous demandons à laquelle de ces deux classes appartiennent les pseudo-paralytiques, nous

répondrons sans hésiter qu'ils appartiennent à la seconde. Ils se grisent facilement ; mais, chez eux, les troubles somatiques prédominent, dans les accès d'alcoolisme. Ils ont de la titubation, du vertige, de l'embarras de la parole. Quant aux phénomènes intellectuels, ils sont plus effacés et se trouvent relégués au second plan.

C'est, en général à la suite d'un accès d'alcoolisme subaigu que les symptômes de paralysie éclatent pour la première fois. Des convulsions épileptiformes fréquentes et répétées en signalent ordinairement le début, comme nous le voyons chez notre malade. Puis, surviennent les autres symptômes ; d'abord l'inégalité pupillaire, ensuite l'embarras de la parole, le tremblement, les troubles de la sensibilité, les anesthésies disséminées, enfin l'embarras grastrique, symptôme qui appartient plutôt à l'alcoolisme qu'à la paralysie générale proprement dite.

Ces accidents débutent brusquement et atteignent très rapidement leur apogée. Ils diffèrent des signes de la paralysie générale par leur grossièreté, si je puis m'exprimer ainsi. Le tremblement se fait *en masse*, il atteint tous les membres à la fois, au lieu de se limiter, comme dans la paralysie générale, à certains points particuliers.

Le rétablissement est rapide ; le malade, mis en traitement et sevré de son poison d'habitude, revient très promptement à la santé. Mais, par compensation, les récidives sont très fréquentes et très faciles ; et d'ailleurs, il semble qu'une première attaque prédispose à des attaques subséquentes.

Mais ce qui est digne de remarque, c'est que jamais le malade ne parvient à fabriquer une paralysie générale authentique ; ses tentatives, si je puis m'exprimer ainsi, avortent toujours.

Le diagnostic, comme on le voit, est souvent fort difficile, et l'on sera plus d'une fois exposé à prendre pour une vraie paralysie générale un accès d'alcoolisme offrant le type que nous venons de décrire. Cependant, lorsqu'on est prévenu, l'on parvient avec un peu d'attention à éviter cette erreur. Nous possédons, en effet, plusieurs éléments de rectification. C'est d'abord l'évolution de la maladie. Après une courte période d'état, elle marche résolument et rapidement vers la guérison. Je dis guérison, et c'est là une distinction fondamentale qui sépare cette maladie de la paralysie générale, dont la marche est fatalement progressive. Sans doute on observe dans la paralysie générale des rémissions quelquefois très prolongées ; mais elles ne sauraient équivaloir aux *guérisons* que nous observons dans la maladie qui nous occupe, et qui ne sont compromises que lorsque le malade, abandonné à lui-même, retombe dans ses habitudes de débauche (1).

Viennent ensuite les symptômes dont une analyse approfondie permet de dévoiler les caractères. Le phénomène qui prédomine ici, c'est l'inégalité pupillaire, mais une inégalité dans laquelle les deux pupilles sont habituellement paresseuses et fort peu sensibles à l'action de la lumière. Il en est tout autrement, vous le savez, lorsqu'il s'agit de la vraie paralysie générale. Par contre, c'est l'embarras de la parole qui joue le premier rôle chez le vrai paralytique, et l'intensité de ce symptôme va toujours en croissant. Chez les alcooliques, au contraire, cet embarras n'est jamais

(1) On verra plus loin que nous croyons à la possibilité de la guérison de la paralysie générale. Toutefois, même dans l'hypothèse la plus favorable, on doit reconnaître que c'est là un fait absolument exceptionnel.

aussi prononcé ; d'ailleurs, il tend à s'effacer et à disparaître rapidement sous l'influence du traitement.

Examinés en eux-mêmes, les symptômes des deux maladies diffèrent manifestement.

Les troubles de la sensibilité sont la règle dans la pseudo-paralysie générale alcoolique. Tantôt c'est l'hyperesthésie, tantôt l'anesthésie qui domine. Au contraire, dans la paralysie générale, les troubles de la sensibilité sont peu fréquents, et l'anesthésie, lorsqu'elle existe, se montre bien plus tardivement.

Les troubles de la motilité présentent aussi des caractères qui ont été parfaitement décrits par MM. Lasègue et Falret. Dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, la paralysie commence par les extrémités des membres, qui sont engourdies et inhabiles, plutôt que paralysées. Dans la vraie paralysie générale, la paralysie est plus étendue d'emblée : elle suit, en outre, une marche progressive.

Dans les deux cas, le tremblement existe ; mais chez l'alcoolique il est très étendu, et quelquefois généralisé à tout le corps ; c'est un tremblement en masse. Chez le paralytique vrai, le tremblement est moins étendu, moins accentué, quelquefois même à peine sensible. Enfin, il est fibrillaire, c'est-à-dire très fin et très délié. Il ne se généralise jamais, et son siège de prédilection est à la langue et aux lèvres.

Notons enfin quelques troubles accessoires. On sait que chez les paralytiques généraux il se manifeste, d'assez bonne heure, un appétit fort énergique qui peut aller jusqu'à la voracité. Chez les alcooliques, au contraire, nous avons des troubles stomacaux nettement indiqués. Ces sujets ont de la gastricité, de l'anorexie, et cependant plusieurs d'entre eux prennent un embonpoint énorme.

Ajoutons, enfin, que chez les alcooliques l'athérome artériel est très fréquent ; et nous aurons, je l'espère, une série assez étendue de caractères différentiels pour permettre au médecin de bien reconnaître les caractères propres à chacune de ces deux maladies, et de formuler un diagnostic précis au lit du malade.

Reste l'état intellectuel, qui semble constitué par la superposition des deux délires, alcoolique et paralytique ; le malade a souvent des idées ambitieuses ou lypémaniaques ; mais il présente aussi des hallucinations de la vue et de la zoopsie, phénomènes extrêmement rares chez les vrais paralytiques, quand ils ne se sont pas imprégnés d'alcool dans les premiers temps de leur maladie. En outre, le retour au bon sens et à un état intellectuel assez bien équilibré, du moins en apparence, se fait souvent observer chez les alcooliques ; chez les paralytiques généraux, au contraire, l'intelligence va presque toujours en décroissant.

Le pronostic de la maladie est extrêmement grave si nous le considérons dans son ensemble ; en effet, le malade guérit rapidement, mais c'est pour retomber presque toujours dans de nouveaux excès qui le ramènent au point de départ.

Ainsi donc, pronostic très grave au point de vue de l'avenir ; mais, par contre, prévision très favorable pour chaque accès particulier, car la guérison suit d'assez près le traitement.

L'anatomie pathologique, dans les cas assez rares où l'autopsie a eu lieu, nous montre les lésions de l'alcoolisme et non celles de la paralysie générale. C'est ainsi que dans la thèse de M. Lacaille, déjà citée, nous trouvons

un cas recueilli à la clinique de Sainte-Anne (observation VII), où l'autopsie révéla l'existence d'une pachyméningite hémorrhagique, lésion alcoolique au premier chef.

Les considérations qui précèdent nous montrent assez quel doit être le traitement. Soutenir le malade par des toniques, lui prescrire une nourriture fortifiante et reconstituante, enfin le priver de son stimulant habituel, tels sont les moyens qu'il convient d'opposer à l'accès. Quant à la maladie, envisagée dans son ensemble, elle ne saurait être combattue que par une séquestration indéfiniment prolongée.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

DES FOLIES ORGANIQUES. — PARALYSIE GÉNÉRALE. HISTORIQUE ET NATURE DE LA MALADIE.

Sommaire. — Premières indications relatives à la paralysie générale. — Willis. — Perfect. — Haslam. — Esquirol. — Georget. — Delaye. — Calmeil. — Bayle, le principal créateur de la maladie. — Foville. — Parchappe. — Requin. — Seconde période de l'évolution scientifique de la question. — J. Falret. — Lasègue. — Baillarger. — Période contemporaine.

Principales théories sur la nature de la maladie. — Doctrine de l'inflammation. — Doctrine de la congestion. — Théorie invoquant une maladie des ganglions cervicaux du grand sympathique. — Lésions de diverses parties de l'encéphale. — Altérations de la moelle épinière. — Théorie généralement admise aujourd'hui. — Le mot de *paralysie générale* désigne peut-être un genre composé de plusieurs espèces.

Messieurs,

Si vous parcourez avec nous les salles de réunion où se rassemblent nos malades, vous serez certainement frappés de voir que, sur quatre ou cinq d'entre eux, il existe au moins un paralytique général : cette proportion, vous la recontrerez dans tous les autres asiles de Paris.

Est-il possible qu'une affection aussi remarquable par sa fréquence insolite, ainsi que par son extrême gravité, ait échappé complètement à l'observation de nos devanciers? Si l'on ne savait avec quelle facilité les faits les plus palpables se dérobent à notre attention, faute de nous avoir été

signalés, on croirait volontiers qu'au siècle précédent, la physionomie de l'aliénation mentale était tout autre, et que la paralysie générale, réduite à l'état d'exception, passait inaperçue au milieu des innombrables formes que peut revêtir le délire simple. Aussi bien, cette façon de voir n'a rien d'inadmissible. Il est évident, en effet, que certaines maladies changent de caractère avec les progrès de la civilisation ; on a vu apparaître, à diverses époques, des maladies nouvelles, et aujourd'hui encore il existe, dans la distribution géographique de la paralysie générale, des différences très grandes. Par exemple, en Irlande et en Suède, où la folie est cependant fréquente, la paralysie générale est presque inconnue. En France même, elle est infiniment plus commune à Paris que dans les asiles de province. Il est donc possible que cette maladie ait été moins fréquente dans les siècles qui nous ont précédés. La question posée en ces termes est insoluble pour toujours, le passé ne peut plus fournir aucun renseignement et nous ne pouvons nous en rapporter qu'aux faits acquis.

On attribue généralement à Willis (1672) dans un ouvrage sur *l'Ame des bêtes*, les premières indications (d'ailleurs bien vagues) sur cette affection. Mais vers la fin du siècle dernier, en Angleterre, l'un des pays où la paralysie générale se présente le plus souvent, quelques médecins s'étaient préoccupés de l'état des fous paralytiques. C'est ainsi que Perfect, qui exerçait dans les dernières années du dix-huitième siècle, a publié, dans son recueil d'observations, quelques cas qui paraissent se rapporter à la paralysie générale. Après lui, Haslam, le vénérable apothicaire de l'asile de Bedlam, signale ce fait très important que, chez les fous paralytiques, on rencontre souvent du délire ambitieux; mais ce n'est pas une raison

pour attribuer, à cet auteur, la découverte de la paralysie générale, comme on l'a fait quelquefois.

Mais, depuis la réforme à jamais mémorable de Pinel, un esprit nouveau soufflait sur la médecine mentale. Les aliénés, mieux traités par leurs gardiens, étaient aussi mieux observés, mieux compris par leurs médecins. Bien des faits, qui avaient échappé jusqu'alors, devaient frapper les yeux des observateurs qui abordaient dans de tout autres conditions l'étude des maladies mentales.

Au commencement de ce siècle, l'élève et l'ami de Pinel, Esquirol, avait parfaitement compris l'extrême gravité des démences qui s'accompagnent de paralysie, et il avait été frappé de la signification fâcheuse qu'il faut attribuer à l'embarras de la parole, comme élément de pronostic. On cite de lui un fait remarquable à cet égard. Un jour, un homme occupant une position très élevée dans la magistrature, lui est amené par sa famille. Esquirol interroge ce malade, qui lui parle de sa fortune, de ses nombreux projets et laisse voir un léger embarras de la parole. Esquirol fait sortir le malade et dit en s'adressant à la famille : « C'est un homme perdu ». Ce pronostic, qui fut promptement réalisé, sembla un prodige d'intuition.

Nous ne sommes plus dans les conditions que nos devanciers, et nous n'aurions pas le même mérite à faire un diagnostic de ce genre. D'ailleurs, il faut le reconnaître, si nous sommes plus érudits que nos prédécesseurs, nous n'avons certainement pas cette verdeur intellectuelle, cette énergie cérébrale, qui ont caractérisé pendant si longtemps les hommes de cette grande génération, qui s'était trempée dans les épreuves de la Révolution française.

Cependant, Esquirol a côtoyé, sans s'en douter, la découverte de la paralysie générale, laissant ainsi échapper

une gloire qui était réservée à ses élèves. Georget, Delaye, Calmeil, poursuivirent en effet les travaux de leur maître sur ce sujet, et firent faire les premiers pas à l'étude de la maladie.

Georget, en 1820, publie un travail sur les paralysies musculaires chroniques, qui viennent s'ajouter à la folie. Mais, ainsi qu'Esquirol, il considère seulement ces paralysies comme un phénomène intéressant.

Plus tard, en 1824, Delaye prononce pour la première fois le mot de *paralysie générale incomplète*. C'est là une expression qui courait probablement déjà dans les asiles et dont l'auteur est resté inconnu, comme il arrive souvent en pareil cas. Toujours est-il qu'elle est très heureuse au point de vue clinique, la maladie à laquelle elle s'applique étant bien réellement une paralysie générale et une paralysie incomplète.

Enfin, en 1826, M. Calmeil publie son remarquable mémoire sur la *paralysie générale considérée chez les aliénés.*

Les trois auteurs que nous venons de citer considèrent cette maladie comme une lésion de la motilité venant se joindre, à titre de complication, aux troubles de l'intelligence, chez des sujets déjà frappés d'aliénation mentale. La paralysie générale des aliénés commence donc à se révéler, mais d'une façon confuse, et elle n'est regardée encore que comme un épiphénomène grave, susceptible de se manifester dans le cours de la folie.

Mais déjà un autre courant se dessine. A cette époque, parmi les internes de Charenton, il y avait un jeune homme de vingt-trois ans, qui portait un nom déjà illustre dans la science médicale, le nom de son oncle, l'un des fondateurs de l'anatomie pathologique moderne, et l'auteur de cet immortel traité de la phthisie pulmonaire, qui le place à côté

de Laennec. C'est à Bayle, l'oncle, que nous devons la connaissance de la phthisie aiguë ; c'est à Bayle, le neveu, que nous devons la connaissance de la paralysie générale, en tant que maladie distincte. C'est en 1822 que Bayle soutint sa thèse intitulée : *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite chronique et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale.* Dans cette thèse, nous voyons poindre cette idée, que l'on peut rattacher la folie à des lésions matérielles ou à des causes diathésiques; mais, tandis que le reste de l'ouvrage est tombé dans l'oubli, la partie consacrée à l'étude de l'arachnitis chronique, comme cause de folie, se détache de l'ensemble et restera comme une œuvre de maître. Bien qu'il ait beaucoup écrit, Bayle n'a rien fait que l'on puisse mettre à côté de sa thèse. Son traité des maladies du cerveau et de ses enveloppes ne fait que développer les idées déjà consignées dans sa première dissertation ; et, d'ailleurs, il n'en a paru qu'un seul volume. Quant à ses autres travaux, ils ne sortent pas d'une honnête médiocrité. C'est donc sa thèse à la main que Bayle se présente à la postérité, et qu'il arrive à la gloire.

Nous sommes ici en pleine période contemporaine. Les hommes de ma génération se rappellent avoir connu Bayle, alors qu'il exerçait les modestes fonctions de sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine. Il est mort en 1857. Delaye est mort récemment, à Toulouse, à l'âge de quatre-vingt-dix ans. Quant à M. Calmeil, il vit encore, et nous l'avons vu présider, en 1878, à Paris, le congrès des aliénistes.

Bayle considère l'inflammation des méninges, et surtout de l'arachnoïde, comme la cause d'une maladie toute particulière et offrant des lésions anatomiques indiscutables.

Mais il regarde le délire ambitieux comme un symptôme nécessaire, et comme le signe distinctif de cette maladie. « En effet, dit-il, le délire ambitieux existe toujours dans l'arachnitis et il n'existe jamais dans aucune autre affection. »

Il nous est facile aujourd'hui de critiquer cette affirmation trop catégorique, et cependant, c'est là une erreur précieuse, *felix culpa*, comme disait saint Augustin; car, si Bayle n'avait pas affirmé cette erreur, qui renferme une très grande part de vérité, la paralysie générale n'aurait pas été créée.

C'est qu'en effet les trois quarts des paralytiques ont du délire ambitieux, et qu'ils ont en même temps des troubles de la motilité qui coïncident avec des lésions anatomiques presque constantes. La coexistence de ce délire ambitieux, des troubles de la parole et de certaines lésions anatomiques, ne pouvait manquer dès l'abord d'attirer l'attention et de séduire les esprits.

Bayle fut moins heureux, lorsqu'il voulut écrire l'histoire de la maladie et lui tracer une marche pour ainsi dire processionnelle en trois périodes, commençant par la *monomanie*, pour se continuer par la *manie*, et arriver enfin à la *démence*. Bien qu'il y ait un fond d'exactitude dans cette manière d'envisager les choses, il est évident que vouloir faire entrer tous les faits dans ce cadre étroit, c'est aller contre la vérité. Mais ce qui fait surtout le mérite de Bayle, ce qui constitue son véritable titre de gloire, c'est qu'il a fait de l'arachnitis, c'est-à-dire de la paralysie générale, une maladie unique, une entité morbide ayant un double aspect, physique et moral.

Ce principe, longtemps controversé, a été définitivement consacré, en 1858, dans une longue et mémorable discus-

sion, à la Société médico-psychologique, cette société qui, sous des apparences modestes, a rendu de si grands services, et qui compte parmi ses membres quelques-uns des esprits les plus distingués de notre époque.

Qu'on adopte ou non la doctrine de l'unité, il est certain que si, dès le début, l'on n'avait pas affirmé ce principe, jamais on n'aurait fait pénétrer dans les esprits la notion de l'existence d'une affection nouvelle. Pour créer, dans l'ordre scientifique, il faut tout d'abord des affirmations hardies, reposant sur des idées simples, nettes et faciles à comprendre. Le rôle de la critique vient plus tard, quand les assises de l'édifice sont fermement établies.

Ainsi, dans cette première période de l'histoire de la paralysie générale, deux noms se détachent : Bayle et Calmeil. Quelles que soient les imperfections de leur œuvre, on doit reconnaître qu'ils ont donné une description exacte des symptômes de la maladie et de ses lésions principales. Ils ont surtout insisté sur l'importance capitale des adhérences qui s'établissent entre la pie-mère et les couches périphériques de l'encéphale, et sur la fréquence plus grande de ces adhérences au niveau des régions fronto-pariétales ; mais ils leur ont attribué une valeur exagérée, car ces adhérences peuvent également se rencontrer dans d'autres maladies, et en particulier dans le délire aigu (1).

De nombreuses recherches dans le sens clinique et anatomo-pathologique se succèdent à partir de cette époque.

En 1829, Foville, puis Parchappe étudient les altérations de la paralysie générale, qui devient avec eux une espèce de folie particulière, la *folie paralytique*.

Un peu plus tard, Requin, dans un travail important,

(1) Notons ici, en passant, que d'après Herbert Major ces adhérences se rencontrent à l'état normal chez plusieurs espèces de singes.

montre qu'il existe deux sortes de paralysie générale, l'une avec aliénation mentale, et l'autre sans aliénation. Cette dernière variété, tour à tour étudiée et décrite par Sandras, Baillarger, Lunier, Linas, est aujourd'hui connue sous les noms de *démence paralytique* ou *paralysie générale sans aliénation*. Il est certain, en effet, qu'au point de vue clinique elle diffère de la paralysie générale habituelle, de celle qui s'accompagne de délire, bien qu'il soit inexact de la considérer comme une paralysie sans aliénation.

Parmi les travaux plus récents, nous devons signaler la thèse de l'un des plus éminents aliénistes de notre époque, M. J. Falret, qui a appliqué son tact clinique à cette étude et a montré d'une manière évidente l'importance qu'il peut y avoir à distinguer la folie paralytique, véritable entité morbide, d'autres maladies qui affectent avec elle certaine ressemblance et qui a signalé les difficultés du problème. Rappelons enfin la thèse d'agrégation si justement célèbre de M. le professeur Lasègue sur les formes de la paralysie générale.

Cette seconde période de l'évolution scientifique de la question est surtout remplie par les travaux de M. Baillarger, qui s'est attaché avec une admirable persévérance à en poursuivre l'étude. C'est à lui qu'on doit la connaissance des troubles oculo-pupillaires, qui ont servi de base à la théorie d'après laquelle la paralysie générale serait le résultat d'une altération du grand sympathique. C'est également à lui qu'on doit la connaissance de ce délire hypochondriaque, pour ainsi dire spécial, qui accompagne et précède parfois la paralysie générale; de la folie congestive, ce groupe d'états maniaques particuliers, dont les caractères se rapprochent tellement de la paralysie générale, qu'il est des cas où ils se confondent avec elle; de ces rémissions si

proches de la guérison, qui se montrent chez un certain nombre de paralytiques. Ce n'est pas enfin son moindre titre de gloire que d'avoir mis au rang des lésions de la maladie la sclérose des parties blanches, alors que tous les observateurs ne pensaient qu'aux lésions des couches corticales du cerveau.

Il est une troisième période de l'histoire de la paralysie générale qu'on pourrait appeler la *période contemporaine :* elle est surtout caractérisée par l'intervention du microscope. Sans doute M. Calmeil, dans ses premiers travaux, avait étudié très attentivement, au point de vue de l'histologie, les lésions anatomiques de la paralysie générale, mais les micrographes d'aujourd'hui ne peuvent attacher qu'un médiocre intérêt aux travaux qui se faisaient il y a cinquante ans. D'ailleurs, l'importance attribuée à ces recherches ne date guère que d'une trentaine d'années, et, malgré les résultats fournis par ce mode d'investigation, la question de l'anatomie pathologique de la paralysie générale est encore loin d'être résolue.

Si nous jetons un regard sur l'ensemble des faits publiés, nous voyons que toutes les régions du cerveau ont été tour à tour investies du rôle principal : les méninges, les couches corticales du cerveau, les parties blanches, la moelle épinière, les ventricules, la névroglie, les filets nerveux, les vaisseaux, et tour à tour chacune de ces parties a été remplacée par d'autres qui n'ont pas régné beaucoup plus longtemps. Mais, s'il n'est pas une partie du cerveau qui n'ait été considérée comme le siège d'altérations constantes, on peut aussi dire qu'il n'y a pas un seul type de lésion qui n'ait été décrit et donné comme des plus importants. Je n'en finirais pas, si je voulais vous énumérer les nombreuses lésions indiquées par les micrographes.

Jetons un coup d'œil rapide sur les principales théories admises au sujet de la nature de la paralysie générale des aliénés ; c'est un complément indispensable à la courte étude historique que nous venons d'entreprendre, d'autant plus que nous verrons se dessiner, dans les principales doctrines dont nous allons dérouler la série, le reflet des préoccupations du jour. En effet, les idées dominantes à chaque époque ont laissé leur empreinte visible sur chaque étape de la question.

A l'époque où furent jetés les premiers fondements de nos connaissances en matière de paralysie générale, les doctrines de Broussais exerçaient sur les idées du jour une influence despotique. L'inflammation régnait en maîtresse absolue, et l'on ne songeait guère à contester l'origine inflammatoire de la maladie nouvellement décrite. Méningite pour les uns, méningo-encéphalite pour les autres, elle représentait toujours une inflammation chronique localisée surtout à la surface de l'encéphale, et caractérisée essentiellement par les adhérences de la pie-mère à la substance corticale.

Mais bientôt, sous l'influence de doctrines opposées, l'inflammation commença à perdre du terrain. On fit observer que dans cette encéphalite d'une nature spéciale, on ne trouvait jamais de pus : quant aux corpuscules de Gluge, dont la présence suffisait à M. Calmeil pour affirmer la nature phlegmasique de la maladie, leur signification est aujourd'hui profondément modifiée, et on ne les regarde plus comme l'un des éléments caractéristiques des processus inflammatoires.

A partir de ce moment, un double travail s'opère. D'une part, l'importance de la congestion devient plus évidente et l'attention des observateurs est appelée plus

spécialement sur l'état des capillaires cérébraux. L'hyperémie devient le fait primordial ; les exsudations lui succèdent, et donnent naissance aux altérations consécutives.

A cet ordre d'idées se rattache la célèbre théorie de MM. Bonnet et Poincaré, qui considèrent la paralysie générale comme étant, à ses débuts, une maladie des ganglions cervicaux du grand sympathique.

D'autre part, les couches corticales sont de plus en plus dépouillées de leur rôle. On commence par établir que les adhérences, sur lesquelles les premiers observateurs avaient tant insisté, peuvent manquer dans des cas bien avérés de paralysie générale, et se rencontrer, au contraire, dans d'autres maladies.

On signale ensuite l'importance des lésions des parties blanches (Baillarger).

On considère les lésions du bulbe (Voisin) et les granulations du quatrième ventricule (Joire) comme le point de départ des troubles de la parole.

Enfin, les mémorables travaux de Westphal appellent l'attention sur les altérations de la moelle épinière. D'autres auteurs signalent les lésions primitives des nerfs, et la paralysie générale d'origine périphérique est fondée.

Au milieu de cette évolution des idées, les couches corticales sont réduites à un rôle accessoire, et leurs lésions sont considérées comme un phénomène consécutif.

C'est à ce moment que les recherches de Virchow sur la névroglie vinrent donner une impulsion nouvelle au mouvement. Déjà Rokitansky et Wedl avaient appelé l'attention sur le développement exagéré du tissu conjonctif dans cette maladie ; mais à partir de cette époque l'idée d'une encéphalite interstitielle obtint un assentiment presque universel.

C'est à la combinaison de ces divers éléments, que nous devons la doctrine qui rallie peut-être en ce moment le plus grand nombre de partisans.

La paralysie générale serait une affection inflammatoire, mais de nature chronique, marchant à bas bruit, débutant par la moelle épinière, ou par les parties blanches du cerveau, opérant par propagation de proche en proche et n'atteignant les parties nobles que par voie d'extension successive. Comme dernier terme de ce processus pathologique, on aurait l'atrophie.

Mais au moment même du triomphe le plus complet de cette doctrine, une note discordante se laissait entendre. On faisait observer que les lésions des parties blanches, du bulbe, de la moelle épinière, se rencontraient surtout dans les cas chroniques, où les troubles intellectuels ne jouent qu'un rôle effacé. Au contraire, dans les cas aigus, à marche rapide, avec délire exubérant, on trouve des adhérences et d'autres lésions de la substance corticale.

Quant à la prolifération des éléments de la névroglie, c'est une lésion banale, qui existe trop souvent pour être caractéristique. On la rencontre dans l'alcoolisme, dans la méningite tuberculeuse, dans les tumeurs cérébrales, dans certains cas de démence et dans plusieurs autres maladies.

Les éléments histologiques, décrits dans la paralysie générale, ne diffèrent en rien de ceux qu'on trouve dans les autres cas d'encéphalite interstitielle. Les *cellules araignées* elles-mêmes n'ont rien de spécifique.

Enfin, on a déduit un plaidoyer éloquent de l'étiologie. Il n'est que trop évident que dans l'immense majorité des cas un surcroît d'activité fonctionnelle est l'origine réelle de la maladie. Tantôt il s'agit d'un exercice violent et pro-

longé des fonctions intellectuelles, soutenu par des stimulants de toute espèce. Tantôt ce sont des émotions violentes, des ambitions inassouvies, des passions de tout genre. Tantôt enfin, ce sont des excès de travail musculaire, des fatigues immodérées. Mais, en tout cas, il s'est produit des décharges excessives de fluide nerveux. C'est un canon qui, à force de tirer trop souvent, a fini par éclater. Or, cette activité fonctionnelle excessive est en rapport avec la congestion, la vascularisation, l'hyperémie du cerveau, et non pas avec cette sorte de cirrhose atrophique où les vaisseaux sont étranglés en même temps que les cellules cérébrales.

Mais ce qui a le plus contribué à modifier les opinions à ce sujet, ce sont les travaux entrepris depuis quelques années sur les localisations cérébrales (1). La création des centres psychomoteurs a ramené l'attention sur les couches corticales, et a permis de rattacher aux lésions périphériques une grande partie des troubles de la motilité. Dès lors, s'il s'agit d'une encéphalite interstitielle, du moins on la croit localisée à la périphérie aussi bien qu'au centre, et nous revenons ainsi par un chemin détourné à la doctrine de Bayle et de Calmeil.

La doctrine actuelle ressemble donc aux murs d'Athènes, rebâtis à la hâte après l'invasion des Perses, et qui portaient dans leurs flancs des fragments de colonnes, des pierres tombales et d'autres vestiges des temps passés.

Mais même en tenant compte des concessions faites aux transformations incessantes de la science, il est permis de se demander si cette manière de voir suffit pour expliquer tous les faits, et s'il faut englober dans une seule et même

(1) Nous réservons, bien entendu, notre opinion à ce sujet. Nous voulons seulement signaler l'influence exercée par cette idée nouvelle.

unité les paralysies générales par propagation, les paralysies générales sans délire, les paralysies générales diathésiques, et celles qui rentrent dans le type vraiment cérébral.

On serait peut-être plus près de la vérité en considérant le mot de *paralysie générale* comme l'expression d'un genre qui comprend plusieurs espèces qui se confondent au point d'arrivée, bien que divergentes au point de départ. A cette opinion défendue par Simon, en Allemagne, je me rallierais volontiers ; mais il est bien entendu que dans une question aussi controversée, nul ne saurait avoir la prétention d'imposer une solution quelconque du problème, et qu'il faut laisser à chacun le soin de chercher sa voie (1).

Nous ne saurions terminer cette étude sans signaler l'important travail dans lequel M. Baillarger a formulé, tout récemment, ses opinions sur la paralysie générale ; c'est le résumé des études qui ont occupé une si longue partie de sa carrière scientifique (2).

A la théorie dite *unitaire* qui fait de la paralysie générale une maladie unique, caractérisée cliniquement par trois ordres de symptômes : le délire, la démence et la paralysie, M. Baillarger oppose la théorie *dualiste*.

La *folie paralytique* (autrefois désignée sous le nom de *folie congestive*) et la *démence paralytique* sont deux maladies distinctes. En effet, la paralysie générale peut exister sans aliénation. C'est la forme type de la maladie, qui doit être considérée comme une démence paralytique. Elle

(1) Il n'en est pas moins vrai que Bayle a eu raison de faire de la paralysie générale une maladie *une ;* sans cette affirmation hardie, le point de départ aurait manqué et la paralysie générale n'aurait pas été créée.

(2) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1883.

constitue une affection spéciale parfaitement limitée et tout à fait indépendante de la folie.

Un malade atteint de folie paralytique ou congestive peut guérir, peut retomber, puis enfin finir par la démence paralytique. Dans ce dernier cas, il a traversé successivement deux maladies : la folie paralytique d'abord, la paralysie générale ensuite. En un mot, la folie paralytique précède souvent la paralysie générale, et cette dernière maladie doit alors être considérée comme secondaire.

Les formes dites *maniaques et mélancoliques* de la paralysie générale ne sont pas, comme on l'admet généralement, des formes simples de la maladie, mais bien des formes compliquées de folie paralytique.

M. Baillarger appuie cette doctrine sur un très grand nombre d'observations cliniques. Il fait observer, en outre, que l'existence des pseudo-paralysies syphilitique, saturnine et alcoolique, suffit pour démontrer que les affections les plus diverses peuvent emprunter le masque de la paralysie générale, et se parer, pour ainsi dire, des symptômes qui la caractérisent.

Messieurs, en discutant avec vous la nature de la paralysie générale, j'ai anticipé sur les leçons qui vont suivre; et il eût été plus logique en apparence de placer cette discussion à la fin de notre étude. Mais, dans l'état actuel des choses, il est impossible de parler de l'évolution de nos connaissances à cet égard, sans entrer immédiatement dans le champ de la controverse. Voilà pourquoi, pour éviter les répétitions inutiles, j'ai traité simultanément ces deux parties du sujet, qui se pénètrent réciproquement.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON

DE L'ÉTAT MENTAL DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX.

SOMMAIRE. — Classement des phénomènes morbides. — Type clinique de la maladie. — Exaltation intellectuelle au début. — Signes précurseurs de la déchéance. — Affaiblissement du sens moral. — Indélicatesse. — Négligence dans la tenue. — Alcoolisme. — Erotisme. — Vols — Affaiblissement de la mémoire. — Diminution de la volonté. — Apathie intellectuelle. — Lenteur extrême du travail.

Explosion du délire. — Trois aspects différents des troubles intellectuels. 1° Délire des grandeurs. — Incohérence. — Pauvreté des conceptions. — Absurdité des contrastes. — 2° Délire avec dépression. — Mélancolie. Hypocondrie. — Hallucination. — 3° Délire impulsif. — Démence.

Paralysie générale chez la femme. — Type effacé du délire.

MESSIEURS,

Si je me propose, avant de décrire les lésions anatomiques de la paralysie générale, d'aborder la question par le côté clinique, c'est parce qu'il m'a semblé nécessaire de vous exposer les caractères extérieurs de la maladie, ses phénomènes symptomatiques et leurs divers modes d'association, avant d'en arriver aux controverses, qu'il est absolument impossible d'éviter lorsqu'on veut préciser le siège et la nature de l'affection.

Nous commencerons donc par étudier le type clinique de la maladie ; nous en examinerons ensuite les formes et les variétés, nous en décrirons les complications, la marche et les rémissions, nous en discuterons les causes, et, maîtres enfin de la partie vraiment médicale du sujet, nous pourrons aborder sans crainte la partie ana-

tomique et physiologique de la question. En suivant cette marche, la seule logique à mes yeux, nous ne ferons qu'imiter l'exemple de M. le professeur Lasègue, dont je suis heureux, en toute circonstance, de me proclamer l'élève et de suivre les inspirations.

Messieurs, il est absolument nécessaire, pour avoir une idée nette de la symptomatologie et de l'évolution de la paralysie générale, d'établir une division fondamentale au point de vue des phénomènes cliniques et d'étudier séparément les troubles de l'*intelligence*, de la *motilité* et de la *sensibilité*.

Je sais, messieurs, ce qu'une telle division peut avoir d'arbitraire, et je n'ignore pas que ces divers ordres de symptômes, dont je vous propose de scinder l'étude, coexistent en réalité et se fusionnent de la manière la plus intime dans le cours de l'affection ; à tel point qu'on a pu, en se basant sur le parallélisme de leur évolution progressive, établir trois périodes distinctes dans la paralysie générale : une période initiale, une période d'état et une période terminale.

Malgré cela, j'ai pensé que, pour la commodité de l'étude, il valait mieux faire un classement méthodique des phénomènes morbides, et les examiner successivement dans la sphère intellectuelle, motrice et sensitive. Il faut bien remarquer, d'ailleurs, que, chez certains malades, il existe une espèce de dissociation des symptômes, une prédominance marquée des manifestations pathologiques, dans l'une des sphères atteintes.

Ainsi, il existe des cas où les troubles de l'intelligence occupent presque exclusivement la scène, d'où le nom de paralysie générale à forme intellectuelle qui leur a été donné par certains auteurs.

Je crois donc utile et préférable de vous tracer d'abord un tableau de l'état mental des paralytiques généraux, étude des plus importantes, et sur laquelle on ne saurait jamais trop s'étendre.

D'une manière générale, et c'est là l'expression de l'idée qui préside au remarquable travail de M. Jules Falret, on peut dire que le trait caractéristique de la maladie, dans chacun des trois ordres de phénomènes qui la constituent, est l'*affaiblissement*, affaiblissement à la fois intellectuel et physique, paralysie de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité.

Mais, au début de l'affection, avant de subir ce travail de déchéance progressive, sous l'influence duquel les facultés se dégradent de plus en plus, la plupart des fonctions de l'individu passent par une période d'excitation morbide, où elles manifestent une puissance et une suractivité véritablement insolites. Pendant cette période d'exaltation ou de dynamie fonctionnelle, on constate chez les malades une exagération des forces musculaires, un besoin perpétuel de mouvement, et aussi une stimulation des facultés intellectuelles qui semble les rendre plus intelligents et plus brillants qu'ils ne l'avaient jamais été. J'ai connu un journaliste qui, au début de son affection, se relevait la nuit pour écrire des vers, tellement il était poursuivi par l'impérieux besoin d'exercer ses facultés. Il subissait pour ainsi dire la tyrannie de l'inspiration.

D'autres malades, à cette période, montrent des aptitudes imprévues, des ressources d'imagination et d'esprit, dont on ne les aurait jamais crus capables ; on a vu des savants, des artistes, dans ces conditions de suractivité pathologique, inventer des procédés nouveaux, des combinaisons nouvelles ; on a vu des hommes d'affaires s'enri-

chir d'un coup dans ses spéculations aussi ingénieuses que téméraires.

Mais tout cela n'est qu'un éclair, la dernière lueur d'une intelligence près de s'éteindre, et cet homme, qui remplit encore avec distinction des fonctions ou des charges très importantes, qui se livre avec plus d'ardeur que jamais à ses travaux habituels, s'achemine rapidement vers une démence incurable, sans que rien puisse faire prévoir, à ceux qui l'entourent, sa chute prochaine et définitive.

C'est qu'en effet il est touché, et qu'aux signes d'excitation qu'il présente s'unissent déjà des preuves d'affaiblissement intellectuel, qui, bien que passant inaperçues de l'entourage, n'en sont pas moins reconnaissables pour des yeux exercés. « L'observateur attentif, dit M. Jules Falret, commence déjà à constater chez les malades quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions; en un mot, des traces non contestables de démence commençante, qui sont comme la marque caractéristique de cette maladie mentale, même dès ses premiers débuts. »

L'un des premiers phénomènes qui frappent, parmi ces signes précurseurs d'une déchéance prochaine, c'est, surtout chez les malades des classes supérieures, l'oubli étrange et singulier de toutes les règles de la politesse. On voit un homme d'une éducation achevée et jusqu'alors irréprochable dans sa conduite et son langage s'oublier, en société, dans ses propos et dans sa tenue ; il porte des vêtements sordides, il néglige le soin de sa personne, il n'a nul souci de sa toilette, et se laisse aller peu à peu à l'indifférence la plus complète et à une malpropreté qui contraste singulièrement avec ses habitudes antérieures.

Mais ce manque de délicatesse, cet oubli des conve-

nances, ne portent pas seulement sur la mise extérieure, ils s'étendent jusque dans les relations d'amitié et d'affaires, où les malades en arrivent, sans aucun scrupule, à user des moyens les plus frauduleux.

Il y a quelques années, on fit beaucoup de bruit, dans une ville de province, de détournements singuliers. Une dame de la meilleure société, qui exerçait des fonctions élevées dans une association de bienfaisance, fut accusée de s'approprier les fonds de la société. L'accusation était fondée, mais bientôt la paralysie générale vint montrer la cause de cette défaillance morale.

Mais ce n'est pas seulement dans des actes de ce genre que se manifestent les désordres du début de la paralysie générale. Les malades, sous l'influence de l'excitation cérébrale qui les domine, se livrent parfois aux plus grands excès. On voit un honorable père de famille, rangé, sobre, laborieux, changer brusquement de conduite, devenir dissipateur et débauché, se mettre à boire, perdre toute pudeur et toute retenue, s'afficher avec des femmes de mauvaise vie, et commettre des actes scandaleux, dans lesquels il compromet la fortune et l'honneur des siens. On voit des femmes rompre avec leur réserve et leur décence habituelles, afficher un cynisme révoltant et provoquer les passants dans les rues. Nous avons un exemple de cette salacité, qui se manifeste parfois au début de la paralysie générale, parmi les malades que je compte vous présenter aujourd'hui. Il s'agit d'un homme qui, dans le cours ordinaire de la vie, présentait un affaiblissement des facultés génésiaques ; à ce point de vue, il était inférieur à la normale. Or, tout à coup, depuis quelques mois, il en était arrivé non seulement à fatiguer sa femme par ses obsessions continuelles, mais encore à s'adresser à toutes

les personnes qui l'entouraient et même aux animaux.

La tendance à l'alcoolisme et à l'érotisme est un épiphénomène assez fréquent au début de la paralysie générale, et qui accompagne souvent ces défaillances du sens moral dont je vous entretenais tout à l'heure, et sur lesquelles nous devons insister encore, car elles marquent souvent les premières phases de la maladie, avant qu'aucun autre symptôme pathologique ait appelé l'attention sur elle.

Un paralytique, au début, vient consulter un médecin célèbre, qu'il avait autrefois connu. Il sort, trouve à la porte la voiture du médecin, y monte et se fait conduire chez lui. Un autre entre dans un salon, prend un livre, le parcourt avec intérêt et l'emporte sans rien dire. C'est ainsi que se manifeste le plus souvent, chez les paralytiques généraux, la tendance à l'indélicatesse, qui constitue l'un des indices les plus frappants de l'affaiblissement intellectuel et moral dont ils commencent à être atteints. Ils ont perdu le sens de la distinction entre le mien et le tien. Ils ressemblent à ces enfants qui s'approprient, sans scrupule, ce qui appartient à leur frère ou à leur camarade. Les vols qu'ils commettent très fréquemment à cette période sont marqués au coin de l'imprévoyance et de la maladresse les plus grandes. Bien différents des voleurs de profession ou des aliénés kleptomanes, les paralytiques généraux n'ont aucun souci d'employer la ruse ou de cacher les objets qu'ils ont dérobés; ils volent ostensiblement, en public, avec un sans-gêne et un mépris des précautions qui les font presque toujours reconnaître. L'un, passant auprès d'un bâtiment en construction, se met dans l'idée de voler une planche ; il la prend et l'emporte sans s'occuper de ceux qui pourraient le voir. Au bout de quelques pas, il est arrêté et mis en prison. Un autre cherche à s'emparer

d'un fût de vin, placé devant une porte ; ne pouvant parvenir à l'enlever, il va réclamer l'aide d'un agent de police.

Un ancien soldat d'artillerie va se présenter chez un banquier pour toucher une traite fausse. Jusque-là, rien de bien extraordinaire ; mais ce qui caractérise bien la nature pathologique de l'acte, c'est que notre homme avait choisi, comme signataires de sa fausse traite, tous les généraux qu'il avait connus dans l'armée, et dont il avait successivement écrit les noms au bas de sa pièce.

On a dit avec raison que, lorsqu'un honnête homme commet une mauvaise action, il est toujours pris ; c'est-à-dire qu'un honnête homme qui dévie de la ligne droite ne connaît plus le terrain sur lequel il s'engage, et se laisse aisément surprendre. C'est ce qui arrive aux paralytiques généraux, qui non seulement sont des hommes excellents, mais qui, souvent même, au début de leur maladie, font preuve d'une bonté, d'une générosité, d'une philanthropie véritablement pathologiques. Ils se livrent facilement aux entraînements de leur expansion affective, aux séductions d'une charité exagérée. Un paralytique général voit un pauvre mal vêtu, son cœur s'émeut, il éprouve le besoin de le vêtir, et va voler un pantalon à son oncle, pour le lui donner.

Dans la thèse de M. Lasègue se trouve un exemple assez curieux de ces dispositions généreuses. Un employé de la Préfecture de police, au début de sa maladie, éprouvait une telle bienveillance pour son prochain, qu'il allait prévenir les gens accusés de contravention et sur le point d'être arrêtés, afin de leur donner le temps de s'enfuir.

Un paralytique général, également au début, entre dans un café où il se rencontre avec de nombreux consommateurs, tous plus ou moins inconnus pour lui ; il insiste

pour payer toutes les consommations, tandis que, chez lui, il refuse de payer ses dettes.

C'est assez vous parler, messieurs, de l'affaiblissement du sens moral ; il nous faut étudier maintenant les altérations que subit une faculté qui joue un grand rôle dans l'exercice de notre activité intellectuelle, la plus délicate et la plus exquise de toutes : je veux parler de la mémoire. Tout homme qui a été atteint d'une affection cérébrale de quelque intensité éprouve une diminution plus ou moins notable de la mémoire. Chez les paralytiques généraux, c'est la première des facultés, la seule quelquefois au début, qui soit atteinte. Un homme bien portant se rend chez un notaire, pour rédiger un acte important ; tout se passe le plus normalement du monde, lorsque, obligé de dire son adresse, il se voit incapable de la retrouver.

Ces faux pas étranges de la mémoire se reproduisent à chaque instant et frappent de stupeur l'entourage des malades. On trouve également, dans leurs écrits, des fautes d'orthographe, qui sont le plus souvent l'indice d'un affaiblissement mnémonique. Les employés de bureau commettent constamment des erreurs de calcul. La table de Pythagore est ici un excellent moyen de juger de l'état intellectuel d'un sujet. Quand vous doutez de l'intégrité de l'intelligence d'un malade, faites-le calculer et vous aurez des renseignements positifs sur l'état réel de son esprit.

Mais la faculté qui subit les plus grandes perturbations, chez les paralytiques, est la volonté ; l'énergie cérébrale de ces malades est notablement diminuée. Un homme fort intelligent peut manquer de force morale, tandis qu'un autre de médiocre intelligence peut avoir une énergie beaucoup plus considérable. C'est précisément la faculté qui fait défaut chez les paralytiques. Ils présentent une

excitabilité toute particulière, et ces colères que provoquent les causes les plus frivoles, les accidents les plus insignifiants, sont les preuves d'une excessive faiblesse intellectuelle, car l'homme véritablement fort ne perd jamais son sang-froid.

Un état qui résulte de la même cause et reconnaît la même origine est cette apathie intellectuelle qui se développe chez beaucoup de paralytiques généraux. Elle est tellement intense, qu'elle ne leur laisse pas assez de force pour se conduire et se mouvoir selon leur volonté. A chaque instant on les voit changer de direction. Toujours pleins d'irrésolution, ils se lancent dans des entreprises qu'ils abandonnent bientôt. Enfin, on les voit souvent se complaire dans des occupations puériles indignes d'un homme arrivé à un âge mûr.

L'intelligence participe, elle aussi, dès le début, à ces troubles généraux, à cet affaiblissement de l'énergie cérébrale. La lenteur extrême du travail est, chez beaucoup de malades, l'un des premiers symptômes de l'affection. Dans la vie affairée des grandes villes, ce n'est pas seulement l'excellence et la qualité de l'œuvre que l'on exige, c'est aussi la rapidité ; il faut produire chaque jour, chaque heure, une certaine somme de travail. Les paralytiques deviennent de très bonne heure insuffisants, ils ne peuvent rien terminer de ce qu'ils ont entrepris : les artisans se montrent mal habiles, gâchent les matériaux qu'on leur donne, et si l'on exige que la tâche soit recommencée, ils réussissent moins bien la seconde fois. Il n'y a ici aucune contradiction avec ce que je vous ai dit de leur activité intellectuelle au début, car les productions intellectuelles des paralytiques ne sont presque jamais des chefs-d'œuvre, elles sentent presque toujours l'apoplexie.

Nous rencontrons ici sur le seuil même de la paralysie générale le trait caractéristique qui domine toute son histoire intellectuelle : c'est l'affaiblissement général. Il se traduit dans l'ordre mental par un défaut de coordination et par des assertions contradictoires. Rien n'est plus fréquent, lorsqu'on s'entretient avec un paralytique au début de sa maladie, que de le voir s'engager dans des récits interminables qui ne peuvent aboutir, car à chaque instant il change d'idée en parlant. Ce sont des impasses intellectuelles, ou plutôt des rivières qui se perdent dans le sable sans jamais pouvoir arriver à la mer.

Si j'insiste sur les troubles psychiques qui se présentent au début de la paralysie générale, c'est que, dans cette période surtout, il importe de faire un diagnostic précis, avant que l'affection ne se soit caractérisée par des lésions plus graves.

Pendant les premiers temps surtout, les malades ont conscience de leur état; ils se plaignent de ne plus pouvoir travailler, de ne plus pouvoir fournir aucune production intellectuelle, et ce symptôme se marie avec le délire hypochondriaque si commun chez ces malades et les remplit de désespoir. Tel était le cas de ce médecin, cité par Schüle, qui, sentant se passer en lui quelque chose de grave, disait : « Je sens que j'ai une atrophie cérébrale, car mon cerveau ne fonctionne plus. » Aussi nous arrive-t-il trop souvent d'être consultés par des malades dont nous sommes obligés de calmer les craintes, et auxquels, fidèles à notre rôle de médecin, nous cherchons à donner une assurance que nous n'éprouvons pas. Ajoutons enfin que c'est parfois par un stade de dépression, par un état de tristesse profonde quelquefois accompagnée d'hallucinations de l'ouïe et d'idées de persécution que débute la paralysie générale.

Vous voyez par là combien il est difficile d'assigner une évolution parfaitement régulière à chacune des phases du délire, et combien il est nécessaire, si l'on veut avoir une idée exacte de ces modifications, de ne pas les attendre, mais bien d'aller les chercher.

Mais la période prodromique est épuisée; le délire éclate avec ses véritables caractères et nul ne peut le méconnaître. Les troubles intellectuels peuvent alors se présenter sous trois aspects différents. Ce sont d'abord et avant tout, les délires expansifs, auxquels appartient la place d'honneur par l'importance capitale qu'ils présentent; c'est ensuite le délire dépressif; c'est enfin le délire impulsif.

1° *Délire des grandeurs*, voilà l'expression qui convient le mieux aux malades expansifs; celle de *délire ambitieux* est beaucoup moins bonne; car, si nos malades ont du délire des grandeurs, ils ne sont pas orgueilleux; ils sont en général bons princes. Un tel nous dira : Je suis le maître du monde, après quoi il nous invitera à déjeuner et nous proposera même de nous faire manger trois kilomètres de boudin. Appeler cet homme un orgueilleux, c'est assurément forcer les termes. C'est surtout l'exaltation de leurs paroles qui montre le délire dont ces malades sont atteints.

Rien ne serait plus facile que de réunir des exemples de cette exagération. Je vous ferai seulement remarquer que ces exaltations mêmes peuvent offrir quelquefois une forme modeste. Chez les gens timides, on est frappé de la mauvaise habitude qu'ils ont d'employer des expressions excessives pour désigner les moindres actes de leur vie. Chez d'autres, au contraire, l'imagination est surchauffée. Le malade est pape, roi, empereur et Dieu, il est plus que Dieu lui-même : *Obergott*, disait un malade de Schüle. J'ai

rencontré le même délire chez un agité que j'observais à Bicêtre dans le service de M. Moreau (de Tours). Ce paralytique, après une longue conversation finit par me dire qu'il était le chef de la police de sûreté générale de l'univers tout entier. — Et Dieu, lui disais-je, qu'en faites-vous? — Dieu, je lui donne cinq cent mille millions de soufflets sur la figure. — L'expression de millions revenait sans cesse autrefois dans la bouche de nos paralytiques, mais depuis nos derniers revers ils l'ont remplacée par celle de milliards.

Cette disposition des paralytiques à se croire supérieurs en toute espèce de matière pourrait être exprimée sous la forme d'une équation : $Ego = \infty$.

Dans ce délire qui peut aller depuis un simple sentiment de satisfaction intime jusqu'aux plus extrêmes limites de l'orgueil, il est des points qu'il faut signaler. Dans les œuvres des paralytiques on trouve toujours l'expression de leur délire. On retrouve, par exemple, dans les tableaux des artistes l'aberration intellectuelle dont ces malades sont frappés. Ils représentent un personnage assis dans un fauteuil qui, sans se déranger, touche de la main le sommet d'un arbre placé à quelque distance. Dans ces derniers cas, il y a bien certainement une manifestation désordonnée de la pensée, car la pensée se manifeste au dehors non seulement par des paroles et des écrits, mais aussi par des dessins.

Mais les caractères fondamentaux du délire dans la paralysie générale sont surtout : l'incohérence, la pauvreté des conceptions, l'absurdité des contrastes. M. Falret donne de ce délire les quatre caractères suivants : il est absurde, mobile, contradictoire, incohérent. Un paralytique qui se dit Dieu, consent volontiers à balayer la cour sans y voir la

moindre contradiction. Il est donc bien différent du maniaque ambitieux dont les actes sont conformes au rôle qu'il s'attribue.

Les contradictions montrent à quel degré de déchéance intellectuelle peuvent tomber les paralytiques ; mais, d'autre part, nous y trouvons un élément de bon sens ; les malades ont le sentiment de la vie réelle en dehors de leurs conceptions délirantes. Marcé avait à Bicêtre, dans son service, un ouvrier qui croyait posséder une immense fortune. — Et votre femme? lui disait-on. — Elle fait des ménages. On croirait que ces malades ont le sentiment des absurdités qu'ils débitent.

Voici un autre exemple qui montre qu'au milieu de leurs exagérations les paralytiques conservent un certain sentiment de la réalité. Un malade pauvre, dont Maudsley nous rapporte l'histoire, se croyait possesseur d'une grande fortune, et si on venait à lui demander de l'argent, il offrait de signer un chèque d'un million sur la Banque d'Écosse. Mais il se rappelait qu'il avait à la Caisse d'épargne un livret de 30 francs environ; si on lui demandait de prêter cet argent, il répondait : Jamais. Il y avait donc chez cet homme un sentiment de la vie réelle qui surnageait au milieu de ses aberrations.

Cette tendance générale à faire pénétrer la vie réelle dans la vie imaginaire est caractéristique du délire des paralytiques. Il diffère du délire ambitieux, qui est logique, conséquent avec lui-même et bien coordonné.

Enfin, dans la plupart des cas le paralytique donne des preuves évidentes de bonté. Les victimes de cette maladie sont des gens qui, dans leurs paroles et leurs actions, se montrent presque toujours remplis d'une grande bienveillance.

2° *Délire avec dépression.* — Dans les premiers temps de l'histoire de la paralysie générale, on avait constaté que bon nombre de ces malades offraient des signes de lypémanie qui s'alliaient constamment avec le délire ambitieux. Bayle lui-même avait constaté qu'un malade sur huit avait des idées tristes, mais, avec l'exclusivisme qui caractérise les inventeurs, il avait dit : Ce sont là des folies étrangères au sujet; ce sont des mélancoliques accidentels. A cette époque initiale, Georget, Calmeil lui-même faisaient observer que beaucoup de paralytiques étaient des maniaques déprimés. Depuis lors, la question a été reprise par Parchappe, Falret, Linas et Billod, puis par MM. Legrand du Saulle et Moreau (de Tours). Mais c'est surtout M. Baillarger qui a étudié le plus complètement la question. Il a démontré que la forme la plus habituelle, la plus commune du délire, c'est la *forme hypochondriaque.*

Le délire dépressif peut exister au début de la paralysie générale ; alors il est caractérisé par de la tristesse, du découragement, de l'affaissement. Ce n'est pas une folie éclatante, ce n'est pas une folie suffisante pour faire enfermer le malade. C'est un état de dépression dont il peut sortir et dont il sort quelquefois en effet.

Quelquefois on trouve chez ces malades des idées de persécution des mieux caractérisées, avec hallucinations et tendance au suicide, puis on finit par voir éclater la paralysie avec ses caractères incontestables.

Mais si la maladie peut débuter par un délire dépressif, cet état intellectuel est plus fréquent dans la période état. Je vous ai dit qu'on divisait la paralysie en trois stades. C'est dans la période moyenne, quand le malade n'est point tombé dans la démence absolue et que depuis longtemps déjà il a présenté des signes d'affaiblissement

intellectuel, c'est alors surtout que l'on voit se développer cette forme dépressive.

Quelquefois les paralytiques qui se présentent à nous offrent l'aspect de la mélancolie ordinaire ; ils peuvent refuser les aliments et retenir leurs urines et leurs matières pendant un temps assez long. Mais la forme la plus commune de la dépression intellectuelle, chez eux, c'est l'hypochondrie. Nous en possédons actuellement à la Clinique un type achevé. C'est un paralytique général, sans délire bien accusé, mais qui est atteint d'un embarras de la parole suffisant le diagnostic. Cet homme a toujours quelque accident à nous signaler. Il n'a plus de cœur, plus de cerveau ni d'estomac. C'est une des manifestations les plus communes de la maladie. A un degré plus élevé, les malades ne veulent pas se lever parce qu'ils n'ont pas de jambes, ne veulent pas manger parce qu'ils n'ont pas de bouche. Cette hypochondrie est niaise, mobile, illogique comme tous leurs délires. Elle n'est pas raisonnée et logique comme chez les hypochondriaques ordinaires. Telle était une dame qui refusait toute espèce d'aliments parce qu'elle avait avalé un pain à cacheter qui lui avait collé les intestins. Voilà une absurdité logique. Comme on l'a dit avec raison : comparé au paralytique dément, le mélancolique ordinaire est un héros.

Les paralytiques sont-ils hallucinés ? Je touche ici à une question qui semble se rattacher aux troubles de la sensibilité, mais elle est liée de la manière la plus intime au délire. On a soutenu que les paralytiques n'avaient ni hallucinations ni illusions. Je suis forcé de me ranger à une opinion contraire. Il est vrai de dire que les paralytiques généraux ont moins d'hallucinations que les autres aliénés, mais il est faux de dire qu'ils n'en ont jamais. Un ob-

servateur des plus autorisés, M. Lasègue, a voulu concilier ces deux manières de voir en disant que quand les paralytiques avaient des hallucinations, elles tenaient non à leur paralysie générale, mais aux excès alcooliques qu'ils avaient commis avant leur entrée dans les asiles. Mais si l'alcoolisme était la cause des hallucinations, elles ne dureraient pas pendant des mois, pendant des années ; d'ailleurs, ces hallucinations n'ont point le caractère habituel des hallucinations toxiques, elles n'atteignent pas habituellement le sens de la vue, ce sont plutôt des hallucinations de l'ouïe. Enfin elles se relient à la forme même du délire. Le malade est-il un persécuté? comme les autres persécutés, il entend des voix. Ces troubles sont donc bien liés à la maladie elle-même, et non à des complications étrangères (1).

3° *Délire impulsif.* Les actes absurdes ou criminels se produisent surtout dans la première période, dans ce temps que M. Legrand du Saulle appelle période médico-légale. Comme l'a dit M. Lasègue, il arrive souvent que des condamnés deviennent paralytiques pendant qu'ils font le temps de prison qu'ils ont à subir. C'étaient des aliénés latents. La paralysie générale se montre après le jugement et à partir de ce moment la maladie évolue.

On aurait tort de croire que c'est toujours par une marche aussi dramatique que les malades arrivent au terme intellectuel de leur affection, à la démence. Chez certains d'entre eux, on constate un affaiblissement lent et progressif de toutes les facultés. Ils commencent à travailler moins facilement, ils perdent la mémoire, sont forcés d'aban-

(1) Mickle prétend que les hallucinations, soit de la vue, soit de l'ouïe, sont assez fréquentes dans la paralysie générale.

donner leur place et deviennent incapables de tout travail. Ils marchent lentement, mais progressivement vers la démence, aboutissant commun de toutes les paralysies générales. Pendant cette longue évolution il y a conservation du bon sens, au milieu des troubles de motilité les plus graves. C'est ce que Requin appelait la paralysie générale sans aliénation. Le délire peut mettre chez eux fort longtemps à se dévoiler, mais il est rare qu'en fouillant bien on ne finisse par découvrir quelque trouble intellectuel. Je vous ai raconté l'histoire d'un ouvrier que j'interrogeais à la Préfecture de police. Il manifestait le plus parfait bon sens et son intelligence paraissait indemne, lorsqu'il finit par me dire que l'année précédente il avait été transporté à la Pitié, dans le service de M. Labbé, pour un accident chirurgical, et que ce dernier avait fait sur son cas une clinique devant plus de cinquante mille étudiants. C'était là le cachet de la maladie, le trouble fondamental de l'intelligence qui se manifestait de la manière la plus imprévue.

Quel que soit le délire primitif, l'état ultime sera toujours le même. Si la vie se prolonge assez longtemps, le malade arrive à un affaiblissement profond, à une apathie complète et même à une nullité absolue de la vie intellectuelle, même au milieu d'une vie végétative des plus florissantes en apparence.

Occupons-nous un instant de la paralysie générale chez la femme. Elle offre des caractères très différents de ceux que nous venons de tracer. D'une manière générale, le délire est beaucoup plus effacé. On aurait pu croire que la folie des grandeurs serait porté chez elle à un très haut degré; au contraire, elle est très rare; et cependant le dé-

lire ambitieux vésanique se rencontre chez les femmes. Mais, lorsqu'elles sont atteintes de paralysie générale, ce qui domine la scène, c'est l'hypochondrie. Les malades se figurent avoir des infirmités de tout genre. Elles tourmentent leur médecin pour être passées au spéculum; elles veulent être auscultées, et fatiguent leur entourage de leurs lamentations incessantes.

Quelquefois les femmes présentent un délire érotique des plus caractérisés qui contraste avec les habitudes de leur vie antérieure; cet érotisme est souvent lié à la forme dite *ascendante* de la maladie. En effet, quand la paralysie générale débute par la moelle, elle monte peu à peu vers l'encéphale et se caractérise quelquefois par des troubles génitaux au début.

Ainsi, le délire de la paralysie générale, considéré chez la femme, offre un tableau plus terne que chez l'homme; mais pour ce qui touche aux troubles de la motilité et de la sensibilité, les deux sexes sont au même niveau; l'état physique offre dans les deux cas les mêmes caractères. C'est à l'étude de ces troubles de la motilité, de la sensibilité et de la vie végétative que nous consacrerons notre prochaine leçon.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

DES SYMPTOMES PHYSIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

SOMMAIRE. Troubles de la motilité. — Tremblement. — Embarras de la parole.— Mâchonnement perpétuel. — Mouvements de dégustation. — Grincement des dents.— Altération de la voix.— Paralysie du pharynx. — Inégalité pupillaire. — Autres troubles oculaires. — Troubles de la motilité dans les membres supérieurs. — Troubles de la locomotion. — Ataxie ou parésie. — Troubles des sphincters. — Excitation fonctionnelle. — Contractures. — Troubles de la sensibilité tactile. — Irrégularité de sa distribution à la surface du corps. — Troubles de la vue. — Perte de l'odorat et du goût. — Troubles de l'innervation sympathique. —Accidents congestifs. — Paralysies passagères. —Attaques épileptiformes. — Température. — Othématomes. — Troubles trophiques, généraux ou locaux.

MESSIEURS,

Si le délire de la paralysie générale, malgré tout l'intérêt qui s'attache à son étude, ne suffit presque jamais à lui seul pour établir le diagnostic de la maladie, il n'en est pas ainsi des troubles physiques dont la physionomie, lorsqu'ils sont nettement développés, est tellement caractéristique, qu'il ne reste aucune place à l'incertitude. Or, parmi les troubles physiques, ceux de la motilité occupent incontestablement le premier rang par ordre d'importance, et ce n'est point sans raison que cette maladie a été désignée sous le nom de *paralysie générale progressive*.

Le premier phénomène de cette espèce qui se manifeste au cours de la paralysie générale est le tremblement, d'après

M. Lasègue. Il affecte plus spécialement la langue et les lèvres, les muscles de la face et les extrémités supérieures et inférieures, et selon M. Lasègue, c'est le plus habituellement par les mains qu'il débute. M. Calmeil, au contraire, affirme que c'est aux extrémités inférieures qu'il se montre en premier lieu. Enfin il est incontestable que chez beaucoup de sujets c'est par la langue et les lèvres, c'est par les organes affectés aux fonctions de la parole que commence le phénomène pathologique.

Il est évident qu'on ne saurait établir à cet égard aucune règle absolue. Selon les points lésés dans l'axe cérébro-spinal, la localisation du tremblement sera très diversement répartie, et le début des accidents pourra se produire tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Il est aujourd'hui bien démontré que le point de départ de la maladie occupe très souvent la moelle épinière et dans les cas où l'affection suit pour ainsi dire une marche ascendante, on ne saurait être étonné de voir les troubles fonctionnels se manifester tout d'abord dans les membres. Mais l'embarras de la parole présente ici une importance tellement capitale, que c'est par l'étude de ce phénomène que je commencerai ma description. D'ailleurs, au point de vue clinique, c'est là bien souvent le premier symptôme qui attire l'attention de l'observateur.

La difficulté qu'éprouvent ces malades dans l'articulation des sons n'est point, comme on pourrait le croire, le résultat d'une paralysie. Il s'agit surtout d'un état spasmodique. Il s'agit de l'ataxie, de l'incoordination des mouvements de la langue, des lèvres, des muscles de la face et quelquefois de la mâchoire inférieure. C'est une chorée, mais une chorée d'une nature particulière.

Chez un sujet fortement atteint, au moment où il ouvre la bouche pour parler, on voit se produire un tremblement

fibrillaire du muscle orbiculaire et des releveurs de la lèvre supérieure. La mâchoire inférieure elle-même oscille un instant, puis après quelques secondes d'hésitation la première syllabe est émise. Le tremblement de la langue devient surtout manifeste quand elle est tirée au dehors et qu'elle repose sur la lèvre inférieure.

Ces mouvements involontaires, pris dans leur ensemble, rappellent beaucoup ceux qu'on observe quelquefois au début de la fièvre typhoïde, lorsque le malade s'apprête à parler. Ce jeu de physionomie venant à la période d'incertitude, alors que la dothiénentérie n'est pas encore franchement déclarée, peut offrir quelque importance au point de vue du diagnostic.

Tantôt il s'agit d'un simple temps d'arrêt, d'un faux pas de la langue, après lequel le mot est nettement prononcé. Tantôt, au contraire, il s'agit d'une prononciation lente et scandée, d'une netteté pénible et manifestement artificielle. Le malade, ayant conscience de son défaut, cherche à le masquer par des efforts qui ne l'empêchent pas de trébucher de temps en temps sur un mot difficile.

Vient enfin le bégayement, qui peut affecter toutes les formes et tous les degrés. C'est d'abord un léger bredouillement comme celui d'un homme qui aurait trop bien déjeuné et dont la parole aurait perdu sa précision habituelle. Instruits par l'expérience, nous comprenons tous la valeur de cette comparaison.

Bientôt, le malade passe des syllabes ou s'embarrasse en voulant les prononcer. Il abrège les mots, il se trompe en parlant, et certaines paroles difficiles échappent complètement à ses moyens. Cependant à ce degré il peut encore assez bien se faire comprendre : mais le bégaiement devient de plus en plus prononcé. Les discours du malade

sont à peine intelligibles, bien qu'il parle encore avec une assez grande volubilité. Enfin, il aboutit quelquefois à une perte presque absolue de la faculté du langage. Je pourrais vous montrer un malade actuellement à la clinique et qui prononce avec une très grande difficulté le mot *bonjour*, qui constitue aujourd'hui tout son vocabulaire. Il ne s'agit pas cependant d'un cas d'aphasie ; le malheureux sait parfaitement ce qu'il veut dire, mais les organes de la parole lui refusent absolument leur concours. Si j'insiste sur cette distinction très importante, c'est qu'il peut exister une aphasie très réelle chez certains paralytiques généraux ; c'est alors un trouble intellectuel et qui n'a aucun rapport avec l'état des organes de mouvement.

N'oublions pas que l'embarras de la parole peut subir des aggravations manifestes sous l'influence des causes les plus diverses. Le malade parle beaucoup plus difficilement à la suite d'une vive émotion et même après un bon repas. Chez les femmes, on observe, à l'époque menstruelle, une aggravation du phénomène. Enfin, c'est surtout la fatigue qui joue ici le rôle principal. Tel malade, dont l'articulation paraît irréprochable au début d'une conversation, parlera très indistinctement à la fin. Quelques minutes suffisent chez certains sujets pour produire à cet égard une différence des plus notables.

Lorsque le bégaiement paralytique est très prononcé, il est impossible de le méconnaître. Lorsqu'au contraire il est très léger, le diagnostic peut être difficile et il faut toute l'habileté d'un clinicien consommé pour en reconnaître l'existence. Il est des malades qui peuvent soutenir une conversation assez longue sans que rien ne vienne trahir leur infirmité.

M. Lasègue donne à cet égard des règles excellentes et

qu'il faut toujours observer dans l'examen des cas douteux :

1° Faire lire le malade à haute voix, en choisissant des passages où se trouvent des mots difficiles et qui renferment beaucoup de consonnes;

2° Prolonger l'entretien, car souvent, sous l'influence d'un certain degré de fatigue, on voit se manifester certaines irrégularités dans la prononciation;

3° Enfin interroger les malades, qui ont souvent conscience de leur infirmité. Ils vous apprendront alors qu'à certains moments ils ont *la langue pâteuse*.

J'ai l'habitude de faire prononcer aux sujets des mots d'une certaine longueur, comme *transubstantiation*, ou qui renferment des *l* mouillées, comme *artillerie*. Le son dont il s'agit est, en effet, très difficile à rendre pour les paralytiques, même lorsqu'ils parlent assez bien sous d'autres rapports.

Il est d'autres phénomènes d'origine visiblement spasmodique qui peuvent remplacer l'embarras de la parole, ou marcher parallèlement à ce symptôme capital. Tels sont, le mâchonnement perpétuel, qui mérite d'attirer l'attention lorsqu'il ne s'agit point d'un vieillard; les mouvements de dégustation, qui, d'après Strambio, seraient très fréquents dans la paralysie générale pellagreuse; enfin le grincement des dents, phénomène non moins caractéristique, mais qui appartient à une époque plus avancée de la maladie. Nous avons en ce moment à la clinique un malade chez qui ce mouvement spasmodique et absolument involontaire est tellement prononcé, qu'il est obligé de s'introduire son mouchoir dans la bouche, pour éviter, dit-il, l'usure des dents qui résulterait de ce frottement perpétuel.

En même temps que les troubles de la parole, on constate des altérations de la voix. C'est ainsi que Westphal rapporte l'observation d'un malade chez qui le premier symptôme d'une paralysie générale fut la perte d'une voix de ténor (1). Lennox-Brown a constaté au laryngoscope, chez certains sujets, une parésie des muscles du larynx. Chez beaucoup de paralytiques, la voix est rauque, sourde, voilée ; quelquefois même elle est nasonnée, ce qui indique une paralysie du voile du palais.

La paralysie du pharynx arrive plus tard ; elle marche plus lentement, mais tout aussi sûrement. Elle se caractérise par une difficulté toujours croissante de la déglutition et quelquefois par des accidents d'asphyxie dus à la pénétration du bol alimentaire dans les voies aériennes. C'est là, comme vous le savez, une cause assez fréquente de mort subite, chez les paralytiques généraux.

L'ensemble des accidents que nous venons de décrire pourrait se rattacher à des lésions du bulbe ; mais, dans ces temps derniers, les efforts des physiologistes ont ramené l'attention vers les lésions de la surface des hémisphères et l'on admet universellement aujourd'hui que les troubles de la motilité sur lesquels nous venons d'insister, peuvent fort bien résulter d'une lésion corticale et superficielle.

Passons maintenant à un autre symptôme qui marque souvent les débuts de la maladie. L'inégalité pupillaire, signalée pour la première fois par M. Baillarger, est excessivement fréquente chez les paralytiques généraux. D'après M. Moreau (de Tours), elle existerait dans plus de la moitié des cas. Considérée comme une dilatation par les uns,

(1) *Virchow's Archiv.* Bd. XXXIX, p. 117.

comme une contraction par les autres, elle se rattache évidemment à des troubles dans l'innervation du grand sympathique. S'il est excité, comme cela se voit souvent au début, la pupille se dilate; s'il est paralysé, elle se contracte, et comme en général les lésions de la maladie sont inégalement développées et ne présentent point une disposition symétrique, on comprend aisément que chez beaucoup de sujets l'une des deux pupilles sera plus affectée que l'autre. Cependant la différence est souvent assez minime, et il faut une grande habitude pour l'apercevoir. Au reste, il ne faut point oublier que l'inégalité pupillaire est un phénomène banal qui se rencontre dans beaucoup d'autres maladies et qui peut même exister à l'état normal (1).

Le fait qui prédomine est l'inégalité, mais ce renversement des rapports normaux peut être attribué soit à la mydriase, soit à la contraction de la pupille (myosis).

On observe à cet égard les combinaisons les plus diverses. Tantôt les deux pupilles sont dilatées simultanément, mais inégalement. Tantôt l'une est dilatée, l'autre contractée; tantôt enfin les deux sont contracturées; ce cas est plus rare, dit-on, et serait d'un fâcheux augure. La lésion prédominerait à gauche dans les deux tiers des cas. Enfin l'on admet généralement que le côté de la mydriase est le plus malade des deux.

Notons en passant quelques autres troubles oculaires qui sont loin d'offrir la même importance : ce sont le strabisme, le défaut d'accommodation, la diplopie, la chute de la paupière supérieure et la saillie du globe oculaire. Ces divers accidents sont liés à des paralysies plus ou moins complètes

(1) Nous renvoyons le lecteur, pour de plus amples détails, à l'intéressante étude publiée par M. Doutrebente, *Congrès des aliénistes*, 1878.

du système des muscles de l'œil ; ils peuvent quelquefois reconnaître la paralysie générale pour cause.

Nous arrivons maintenant aux troubles de la motilité dans les membres supérieurs, qui, d'après M. Lasègue, seraient les premiers à ouvrir la scène. Comme le fait justement observer l'éminent professeur, c'est la perte des mouvements délicats qui vient la première. Un artisan ne sait plus travailler, un peintre ne sait plus dessiner, un musicien ne sait plus jouer de son instrument ; enfin, pour citer un symptôme trivial, mais caractéristique, le sujet ne peut plus se boutonner ni remonter sa montre. Ces détails, bien que vulgaires en apparence, ne sont point sans intérêt au point de vue clinique. C'est souvent par là que le malade reçoit son premier avertissement.

Cependant, au début, la force des mains paraît conservée. La pression du dynamomètre accuse un degré élevé, et le même individu qui ne peut plus continuer son métier, portera de lourds fardeaux et pourra serrer vigoureusement la main de l'observateur. Plus tard, la faiblesse arrive et l'époque de transition est marquée par une détérioration très remarquable de l'écriture qui saute aux yeux les moins exercés. Ces notions sont résumées par Westphal dans une formule générale. Ce sont surtout, dit-il, les mouvements intelligents, ceux dont la finesse est acquise par l'éducation, qui sont troublés ou perdus les premiers.

L'affaiblissement de la force musculaire, à une période plus avancée de la maladie, est souvent accompagné d'un tremblement des mains que l'on constate, comme chez les alcooliques, en plaçant les doigts dans l'extension.

J'arrive aux troubles de la locomotion dans les membres

inférieurs. Ils présentent une évolution analogue à celle que nous venons de décrire.

Au début, les malades paraissent robustes; ils présentent même une certaine exagération du mouvement. Ils font de longues courses, ils semblent infatigables; mais, à les regarder de près, on constate certaines irrégularités. Ils ont de la lourdeur dans la marche; ils avancent la taille cambrée, les jambes écartées, et tombent lourdement d'un pied sur l'autre. Si, au milieu de leur course, on les appelle brusquement, ils éprouvent une certaine difficulté à changer de direction. Ils ne peuvent plus pivoter sur leur axe; ils oscillent quelques secondes avant de partir. Les militaires ne peuvent plus marquer le pas, les danseurs perdent leur souplesse : ce sont les qualités professionnelles qui disparaissent, comme nous l'avons déja vu pour les membres supérieurs.

Ce sont là des phénomènes du début; mais à une époque plus avancée, quand les accidents sont plus manifestes, on peut diviser en deux grandes classes, d'après Westphal, les troubles de la motilité des membres inférieurs. Chez les uns, c'est le type de l'ataxie qui domine; ils se font remarquer par l'incoordination de leurs mouvements et lancent leurs jambes en marchant comme les ataxiques. Chez les autres, c'est la paralysie, ou plutôt la parésie qui domine. Ils fléchissent sur leurs jambes et certains d'entre eux sont complètement paralysés. Mais ce qu'il importe avant tout de remarquer, c'est que ces accidents peuvent se rencontrer chez des sujets dont la moelle épinière ne présente aucune lésion et chez lesquels le cerveau seul peut être incriminé.

Viennent enfin les troubles du côté des sphincters, qui sont tantôt resserrés, tantôt, au contraire, absolument

relâchés. Le malade devient alors gâteux, il n'a plus qu'un pas à faire pour arriver à la vraie *paralysie générale*, dans laquelle les forces motrices sont tellement affaiblies, qu'il ne peut plus quitter le lit ; c'est un *grabataire*.

Non seulement il existe chez nos sujets des accidents qui semblent relever de la paralysie, mais on trouve aussi chez eux des phénomènes d'excitation. Souvent, dans les premiers temps de la maladie, ils éprouvent cette dynamie ou excitation fonctionnelle dont a parlé M. Régis ; ils ont un besoin perpétuel de mouvement, ils vont et viennent sans cesse, ils déploient une activité tracassière. On a cru quelquefois devoir leur mettre la camisole pour les empêcher de se fatiguer inutilement ; ainsi maintenus, ils remuent sur place, leur tronc s'agite, les pieds tourmentent le sol. Chez certains sujets les bras sont animés d'un mouvement de va-et-vient perpétuel, comme pour scier du bois.

Tous ces mouvements s'arrêtent pendant le sommeil, pour reparaître au moment où le sujet se réveille.

Certains paralytiques généraux semblent atteints d'une véritable chorée ; ils se livrent à des mouvements désordonnés et involontaires et sont absolument incapables, comme les vrais choréiques, de boire dans un verre.

Les contractures sont fréquentes dans la paralysie générale ; elles affectent plus spécialement les fléchisseurs de la tête et surtout le sterno-mastoïdien. Il est une attitude singulière que prennent volontiers les paralytiques lorsqu'ils sont dans la position horizontale : couchés sur le dos, ils maintiennent la tête soulevée au-dessus des oreillers et demi-fléchie sur la poitrine. Ils se maintiennent pendant des journées entières dans cette situation incommode, sans paraître éprouver aucune fatigue. Cependant

il ne s'agit point toujours d'une contracture, comme j'ai pu m'en assurer plus d'une fois. Il semblerait y avoir à cet égard un acte volontaire, malgré son absurdité.

On constate aussi quelquefois une contracture des masséters qui amène le trismus. Quant au grincement des dents, dont nous avons déjà parlé, il semble être placé sous la dépendance des ptérygoïdiens internes.

Signalons enfin la paralysie de la vessie et celle de l'intestin, qu'on observe souvent à une période avancée de la paralysie générale.

Nous avons étudié dans cette rapide esquisse la plupart des troubles de la motilité qui surviennent chez nos malades; occupons-nous maintenant des troubles sensitifs et trophiques auxquels ils sont exposés.

Examinons d'abord les altérations de la sensibilité tactile. L'une des difficultés auxquelles on se heurte au seuil même de la question, c'est que les troubles sensoriels étant des phénomènes éminemment subjectifs, c'est en grande partie aux renseignements fournis par le malade que nous en devons la connaissance; mais au début, dans la période prodromique, l'intelligence est encore à peu près intacte, les sujets rendent assez bien compte de leurs sensations et le problème est plus facile à élucider.

Le premier phénomène qui sollicite notre attention, c'est l'inégalité, c'est l'irrégularité de la distribution de la sensibilité tactile à la surface du corps. Il existe incontestablement chez les paralytiques généraux des zones d'hyperesthésie et d'anesthésie. Certains d'entre eux présentent une anesthésie généralisée (de Crozant). D'autres accusent une sensation de brûlure, de fourmillement, de pression. Enfin, on trouve chez eux des névralgies viscérales, comme l'a

signalé M. Teissier (de Lyon), et c'est là peut-être une des causes de l'hypochondrie à laquelle ces malades sont si souvent exposés. Mais à une époque plus avancée de la maladie, l'état de l'intelligence ne permet plus d'apprécier avec exactitude les conditions de la sensibilité. Toutefois il est certain que chez quelques-uns de ces malades le sens tactile est complètement aboli ; on peut les piquer et les pincer sans qu'ils manifestent aucune impression et l'on a vu certains paralytiques se brûler profondément sans en être avertis autrement que par l'odeur qui s'est dégagée de leurs chairs carbonisées.

L. Meyer prétend cependant que l'anesthésie cutanée est un fait rare chez les paralytiques généraux, tandis qu'elle est fréquente, au contraire, chez les alcooliques. Nous pouvons affirmer, d'après nos observations personnelles, que cette assertion est inexacte en ce qui concerne les paralytiques généraux ; ils sont très souvent privés de la sensibilité tactile.

Mais, si l'enveloppe cutanée est le siège principal de cette anesthésie, les sens plus élevés y participent à leur tour. Beaucoup de paralytiques éprouvent des troubles de la vue qui peuvent aller jusqu'à l'amaurose plus ou moins complète. Klein a décrit en pareil cas une rétinite paralytique, et M. Galezowski a constaté quelquefois un œdème péripapillaire. Souvent, au début de la maladie, on rencontre une injection rouge ou rosée de la papille avec dilatation variqueuse des veines voisines. Quant à l'atrophie de la papille, elle n'existe point dans la vraie paralysie générale, exempte de complications cérébrales.

Chez plusieurs paralytiques, on reconnaît une perte de l'odorat et du goût, accompagnée d'une voracité extrême et d'une grande malpropreté. Les sujets engloutissent leurs

aliments sans aucun discernement et ne craignent point d'ingérer les substances les plus repoussantes. Ces défauts résultent souvent d'une dégénérescence du nerf olfactif et du glosso-pharyngien. Quelquefois même le nerf acoustique participe à ces lésions; on voit alors se manifester de la surdité; mais ce phénomène est peu commun dans la maladie qui nous occupe.

Messieurs, j'aborde maintenant un sujet des plus importants; je veux parler des troubles qui se rattachent manifestement aux lésions de l'innervation sympathique. Leur étude est d'autant plus intéressante que c'est surtout sur eux que porte l'effort de la thérapeutique.

La paralysie générale est surtout une affection congestive, et à toutes les périodes de son évolution les malades sont exposés à des accidents congestifs.

L'état de la face suffirait pour le prouver. Souvent sans aucune cause manifeste, elle devient vultueuse, elle se congestionne, et se couvre d'une rougeur absolument insolite. En même temps, les oreilles sont tuméfiées, les conjonctives sont injectées et l'érythème s'étend jusqu'à la région cervicale. Tantôt ces phénomènes sont permanents, tantôt ils sont passagers, et l'état des fonctions cérébrales s'en ressent manifestement.

Ils se localisent souvent d'un seul côté. En cet endroit, la peau rougit, la température s'élève et souvent il se produit des transpirations locales. On peut enfin constater sur divers points des taches érythémateuses qui résultent évidemment d'une paralysie des capillaires.

On voit ces accidents se produire sous l'influence d'une émotion, à la suite d'un repas trop copieux, par l'effet de la chaleur ou par suite d'une constipation prolongée. Ces

crises congestives sont presque toujours accompagnées d'un peu d'excitation intellectuelle ; mais tout se borne là. A une période plus avancée de la maladie, les congestions se produisent avec une tout autre intensité et ce sont alors de véritables complications.

Sous l'influence de causes multiples et quelquefois sans cause appréciable, le malade tombe dans un état torpide de somnolence et d'inertie qu'on pourrait appeler une demi-stupeur. A ce moment, la face est habituellement très congestionnée, trahissant ainsi le secret de ce qui se passe à l'intérieur du crâne. Dans peu de temps, souvent au bout de quelques heures, on voit survenir le coma, avec résolution des membres et respiration stertoreuse. Ces accidents, dont nous venons de décrire l'évolution progressive, peuvent se manifester brusquement et simuler une attaque d'apoplexie ; quelquefois enfin, il se produit des syncopes plus ou moins durables.

Ces accidents n'ont point toute la gravité qu'on pourrait être tenté de leur attribuer. Sauf quelques cas malheureux, le coma des paralytiques se dissipe aussi rapidement qu'il est venu, mais presque toujours il est suivi d'une aggravation manifeste de l'état intellectuel et des accidents physiques de la maladie. Souvent même il se produit une hémiplégie incomplète et quelquefois une aphasie passagère ou permanente. Au degré le plus faible, on constate une certaine maladresse des doigts qui indique manifestement une perturbation motrice.

Ces accidents cèdent assez facilement aux purgatifs ou même à la saignée : par contre, les bains, les calmants, les sédatifs sont éminemment nuisibles et doivent être évités.

Il est des hémiplégies passagères qui se manifestent d'emblée. Le malade laisse tomber un objet qu'il portait, ou bien

le sol semble se dérober au-dessous de lui, il perd l'usage d'une jambe. Ces paralysies brusquement survenues peuvent durer quelques heures ou quelques jours ; elles se dissipent en laissant derrière elles un affaiblissement presque constant, une hémiparésie incomplète.

Enfin, dans les cas les plus graves, il se produit une véritable attaque, avec ictus apoplectiforme. Le malade tombe foudroyé avec perte de connaissance ; il reste quelque temps dans le coma ; la respiration est stertoreuse, les membres sont en résolution complète ; il peut y avoir émission d'urine et de matières fécales. Le malade peut mourir dans cet état ; mais le plus souvent il revient à lui-même et retrouve l'usage de ses membres en conservant une hémiplégie plus ou moins complète.

Une complication beaucoup plus fréquente, c'est l'épilepsie, ou du moins les attaques épileptiformes. Les crises sont caractérisées par le cri initial, par la pâleur, puis par la rougeur de la face, par la présence d'une écume sanglante à la bouche, enfin, par les convulsions caractéristiques du mal comitial.

Quelquefois ces accidents se produisent sous forme d'attaques séparées par des intervalles plus ou moins longs. Quelquefois c'est une série d'accès subintrants, un véritable état de mal. Enfin il se produit quelquefois un simple vertige.

On se demande naturellement en quoi ces accidents diffèrent de la véritable épilepsie, dont ils reproduisent si fidèlement les principaux caractères. La réponse est facile : ils sont essentiellement *congestifs*. Le coma, les troubles consécutifs durent beaucoup plus longtemps que dans l'épilepsie vraie, et les phénomènes d'obtusion intellectuelle sont beaucoup plus prononcés. Enfin, si les accidents apoplecti-

formes de la paralysie générale sont beaucoup moins graves que la maladie dont ils empruntent le masque, les accidents épileptiformes sont au contraire beaucoup plus graves que les véritables accès de mal comitial. Ils sont une cause très fréquente de mort, et même en éliminant ce danger suprême, ils amènent invariablement une dégradation très rapide, au point de vue physique aussi bien que sous le rapport de l'intelligence. Ces réflexions s'appliquent surtout aux convulsions qui affectent une forme générale; il est des convulsions locales qui ressemblent aux accidents de l'épilepsie spinale et n'offrent point le même degré de gravité.

Westphal est le premier qui ait signalé dans le cours de ces attaques une forte élévation de la température qui peut aller jusqu'à 40 degrés centigrades; il a été suivi dans cette voie par L. Meyer, M. Magnan et beaucoup d'autres observateurs.

Cette élévation de la température générale semblerait se rattacher aux troubles de l'innervation sympathique; il en serait de même à plus forte raison pour ces élévations locales de température dont on a signalé l'existence; mais le fait n'est pas encore assez bien démontré pour que nous puissions entamer une discussion à cet égard.

Nous sommes amenés à dire quelques mots sur l'état de la température dans le cours de la paralysie générale. Elle se maintient d'habitude au niveau physiologique aussi longtemps qu'il n'intervient aucune complication; mais vers la fin de la maladie il peut se produire un collapsus profond qui abaisse la température jusqu'à 24 degrés ou une hyperthermie qui l'élève jusqu'à 43 degrés.

Nous arrivons maintenant à un autre symptôme que

nous croyons devoir rattacher aussi aux troubles de l'innervation sympathique. Il s'agit de ces tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille signalées tout d'abord par Bird en 1833 et plus tard par Ferrus en 1838. Elles ont été étudiées depuis par M. Lunier, et par un grand nombre d'autres observateurs, parmi lesquels nous citerons Fischer et M. Foville.

Ces tumeurs se rencontrent surtout chez les sujets du sexe masculin atteints de paralysie générale; on les observe cependant dans quelques autres affections et surtout chez les aliénés.

Lorsqu'on assiste au début du processus morbide, on voit le pavillon de l'oreille devenir rouge, gonflé, douloureux, et ce phénomène s'accompagne souvent en même temps de certains indices de congestion cérébrale.

L'épanchement se produit souvent avec une grande rapidité ; quelques heures suffisent pour l'amener à son entier développement. D'après M. Vallon (1), cette marche serait l'indice caractéristique d'une lésion traumatique et les *othématomes* spontanés mettraient plusieurs jours pour atteindre leur maturité. On pourrait donc, en tenant compte de cette circonstance, distinguer les cas produits par le traumatisme de ceux dont l'origine se rattache à l'état général.

Le volume de la tumeur est très variable ; en général le gonflement occupe tout le pavillon, mais en respectant le lobule de l'oreille. Il peut oblitérer le conduit auditif et donner lieu à une surdité prononcée.

Peu de jours après son apparition, la tumeur, qui paraît contenir des caillots, donne au toucher de la crépitation. A

(1) Vallon, *l'Encéphale*, nº du 25 mars 1881, p. 224.

ce moment l'incision de la masse donne issue à du sang mêlé de sérosité. Un stylet introduit par la plaie fait constater un décollement assez étendu. Malgré la gravité apparente de ces lésions, la guérison a presque toujours lieu après un espace de six à huit semaines. Il reste une déformation, souvent permanente, et qui s'accompagne d'induration et d'épaississement. Aussi peut-on souvent formuler le diagnostic d'une paralysie générale par l'inspection des oreilles du malade.

Au point de vue anatomique on a considéré l'hématome comme le résultat d'un épanchement de sang dans les tissus; reste à savoir quel est le siège précis de la lésion. Située, d'après M. Foville, sous le périchondre, elle serait placée entre le cartilage et la peau pour d'autres observateurs (Mabille). D'après M. Vallon, la lésion est située dans l'épaisseur du périchondre ; elle aurait pour point de départ la rupture des vaisseaux de cette partie du pavillon.

On considère en général l'hématome comme l'indice de troubles sérieux survenus du côté du grand sympathique. Certains auteurs et en particulier M. Magnan croient pouvoir l'attribuer à des violences exercées sur la personne des aliénés. Si jamais l'hématome reconnaît une pareille origine, il faut admettre qu'elle est exceptionnelle et que dans la grande majorité des cas la tumeur se développe spontanément.

Si l'hématome paraît être en rapport avec des lésions soit organiques, soit fonctionnelles du grand sympathique, la corrélation est infiniment mieux démontrée pour les troubles oculo-pupillaires qui jouent un si grand rôle dans la symptomatologie de la paralysie générale et dont nous avons parlé plus haut.

Si les diverses altérations qui viennent d'être signalées

semblent incriminer le grand sympathique, on a cru trouver parfois des preuves encore plus manifestes des lésions de ce nerf par l'exploration directe. On aurait constaté, en effet. sur le trajet du sympathique cervical une douleur manifeste à la pression et des battements carotidiens. Mais il ne faut point l'oublier, le pneumogastrique, très sujet aux douleurs de ce genre, pourrait bien être en pareil cas le seul vrai coupable.

Nous avons étudié la plupart des phénomènes qui dans la paralysie générale peuvent être attribués (à tort ou à raison) à l'influence du grand sympathique.

Il me reste à vous parler de deux symptômes importants qui sembleraient plutôt se rattacher au domaine du pneumogastrique : je veux parler de la dysphagie si fréquente dans la paralysie générale et des troubles qui surviennent du côté de la voix, soit qu'il s'agisse d'un état spasmodique (laryngisme), soit au contraire qu'il y ait une paralysie ou tout au moins un affaiblissement des muscles du larynx.

Passons maintenant aux troubles trophiques de la paralysie générale. On peut les diviser en généraux et en locaux.

Chez ces malades le plus souvent l'appétit est exagéré, l'assimilation est facile et les sujets ont une tendance à engraisser rapidement. Mais ces observations s'appliquent surtout aux premières périodes de l'affection, et presque toujours vers la fin de la maladie on voit survenir un amaigrissement rapide et prononcé qui s'accompagne assez souvent de diarrhée et de marasme. Enfin, dans certains cas, il survient une fonte qui fait perdre au malade en peu de temps une partie considérable de son poids.

Les troubles trophiques d'ordre local sont extrêmement nombreux ; leur énumération complète nous entraînerait trop loin. Qu'il me suffise de vous en indiquer deux. Le premier est le zona, remarquable par la fréquence avec laquelle on l'observe chez les paralytiques ; le second est la gangrène, qui peut se produire sur divers points de l'économie, mais qui se manifeste surtout au sacrum et aux parties voisines sous forme de décubitus aigu.

Messieurs, cette rapide esquisse des symptômes physiques de la paralysie générale présente de nombreuses lacunes. Mais nous croyons devoir abréger cette matière trop étendue, et dans la prochaine leçon nous étudierons les formes principales de la paralysie générale.

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

DES FORMES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. SA MARCHE. — SES TERMINAISONS. — SA DURÉE.

Sommaire. — Formes de la paralysie générale. — Forme paralytique ou paralysie générale dite sans aliénation. — Sa durée. — Forme spinale ou ascendante. — Forme congestive; manie congestive; folie congestive. — Fréquence des rémissions. — Forme mélancolique. — Troubles intellectuels. — Dénutrition. — Forme expansive. — Délire des grandeurs. — Forme convulsive ou épileptique. — Forme circulaire. — Forme aiguë ou galopante. — Forme féminine.

Marche de la paralysie générale. — Trois périodes. — Période initiale ou prodromique. — Exaltation intellectuelle, dynamie fonctionnelle. — Phénomènes physiques. — Névralgies diverses. — Vertiges. — Période d'état. — Rémissions passagères ou durables. — Aggravation des symptômes physiques. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. — Période de déclin. — Terminaisons. — Durée.

Messieurs,

Après avoir analysé les principaux symptômes de la paralysie générale des aliénés ; après avoir étudié en détail les troubles de l'intelligence, ceux de la motilité, ceux de la sensibilité et de la nutrition, il nous reste à grouper ces éléments divers, et à vous montrer les formes que peut revêtir cette maladie. En effet, les différences qu'elle peut offrir, dans son évolution, dans sa physionomie, et dans les particularités qu'elle comporte sont tellement importantes, qu'on pourrait se croire en présence de plusieurs maladies abso-

lument distinctes, si l'on ne savait point saisir les caractères fondamentaux qui leur sont communs.

1° Pour nous conformer aux règles de la vraie méthode scientifique, et procéder du simple au composé, nous commencerons par l'étude de la forme *paralytique*, ou paralysie générale dite sans aliénation (Requin et Sandras).

Dans cette forme, les troubles intellectuels ont un type absolument effacé. C'est à peine si quelques idées fugitives de grandeur, quelques tendances dépressives ou hypochondriaques se font jour ; mais loin de suivre une évolution progressive, elles semblent avorter pour ainsi dire, et ne dépassent point l'état rudimentaire. Voilà pourquoi l'on a pensé dans le principe que l'aliénation mentale demeurait étrangère à cette forme de la maladie. On admet universellement aujourd'hui avec MM. Baillarger et Lunier que, pour être latente, l'altération des facultés n'en est pas moins réelle, et que toute paralysie générale sans délire aboutit à la démence. Mais au début tous les côtés brillants du délire des paralytiques font absolument défaut ; on ne constate qu'un affaiblissement progressif de la mémoire, une certaine incapacité de travail ; mais le jugement semble rester intact, et l'affaissement intellectuel, dans quelques cas, ne se montre que très tard.

Les troubles de la motilité occupent ici le premier rang ils s'élèvent rapidement au degré le plus prononcé, et l'embarras de la parole, la maladresse des mouvements, la difficulté de la marche, ne peuvent laisser aucun doute sur le diagnostic, alors même que l'intelligence paraît rester intacte.

La durée de la maladie est habituellement plus longue dans cette forme, qui prédomine surtout chez le sexe féminin.

2° Nous rapprocherons de ce premier type la forme *spi-*

nale ou ascendante, dans laquelle c'est la moelle épinière qui subit les premières atteintes de la maladie.

C'est, le plus souvent, l'ataxie locomotrice, c'est quelquefois, mais plus rarement, la paraplégie qui ouvre la scène ; d'autres fois c'est une amaurose, c'est une sciatique qui paraissent être le point de départ de cette paralysie générale d'origine périphérique. J'ai observé moi-même à l'Hôtel-Dieu une femme chez laquelle la maladie débuta par une excitation génitale absolument extraordinaire; puis survint une paraplégie, enfin la paralysie générale, avec démence, vint terminer la scène. A l'autopsie, outre les lésions cérébrales classiques, nous trouvâmes une myélite parfaitement caractérisée des cordons postérieurs et latéraux.

La première observation authentique de paralysie générale à forme spinale appartient à M. Baillarger. Mais c'est surtout Westphal qui a appelé l'attention sur cette forme de la maladie, étudiée depuis dans un intéressant travail par M. Foville (1). Aujourd'hui cette variété est entrée de plein droit dans le domaine classique.

3° Les deux formes dont il vient d'être question sont plutôt spinales et bulbaires qu'encéphaliques. Nous entrons dans le domaine de la pathologie cérébrale avec la forme *congestive*, si bien étudiée par M. Baillarger. Elle débute par un vertige, par une perte de connaissance, ou par une excitation violente ; c'est alors la manie congestive. Les troubles intellectuels sont ordinairement de courte durée ; le rétablissement est rapide, mais, pendant plusieurs années, le malade est exposé à de petites congestions, avec ou sans délire, mais toujours d'une courte durée. Elles sont accompagnées ou suivies d'hémiplégies incomplètes, d'un

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1873, p. 1.

certain embarras de la parole, et d'un léger affaiblissement de l'intelligence. C'est après plusieurs attaques de ce genre que le malade finit par verser dans la démence paralytique.

C'est là, messieurs, la fameuse folie congestive (1), qui a longtemps troublé les statistiques, et qui est aujourd'hui considérée comme l'une des formes de la paralysie générale. Elle est remarquable surtout par la fréquence des rémissions, et par l'état irréprochable de la santé, pendant les périodes de repos.

4° La paralysie générale comporte toutes les variétés de délire. Mais on peut réunir en un seul groupe toutes les variétés dépressives de la maladie, qui constituent la forme *mélancolique*. Elle est caractérisée surtout, au point de vue intellectuel, par de l'hypochondrie, par des idées vagues de persécution, par des frayeurs sans motif, enfin par un penchant au suicide. C'est surtout ici que l'on constate cette tendance aux hallucinations de l'ouïe, qui ne se rencontre guère que dans cette forme de paralysie générale.

Les troubles intellectuels ne suffiraient point peut-être ici pour constituer une forme à part. Mais au point de vue physique, nous rencontrons ici plusieurs des caractères que nous avons déjà signalés dans la lypémanie. On constate chez ces malades une dénutrition marquée, avec perte de poids et amaigrissement rapide; il existe souvent une anorexie qui peut aller jusqu'à l'horreur des aliments, et nécessiter l'emploi de la sonde œsophagienne. Il se produit parfois une polyurie insipide, avec perte considérable d'urée. Une élévation de la température générale coïncide souvent avec ces phénomènes.

(1) M. Baillarger remplace aujourd'hui cette expression par celle de folie *paralytique*.

Cet état peut se terminer assez promptement par la mort; mais la santé physique peut se relever, le malade peut engraisser et tomber dans la démence. Enfin, des rémissions prolongées ont souvent interrompu les progrès de la maladie.

5° Quant à la forme *expansive*, elle correspond au type classique, au délire des grandeurs, à la folie des milliards. C'est ici que nous retrouvons l'être débordant, généreux, bienveillant, prêt à distribuer les richesses dont son imagination le gratifie; mais en même temps irritable, colérique, débauché, criminel parfois. Il nous paraît inutile d'insister sur les détails du tableau que nous avons déjà tracé.

6° La forme *convulsive* ou épileptique est caractérisée par la fréquence des accès comitiaux, qui peuvent précéder de plusieurs années l'explosion de la vraie paralysie générale. M. Billod en a rapporté plusieurs observations.

L'un des cas les plus remarquables de cette espèce est celui du comte Chorinski, le héros d'un procès criminel célèbre : il avait empoisonné sa femme. Consulté comme expert, Morel admit chez ce sujet l'existence d'une épilepsie larvée; et, en effet, le coupable présenta plus tard des accidents épileptiformes; mais il mourut paralytique général, et l'autopsie démontra l'existence des lésions de cette maladie.

7° Nous avons parlé de la forme expansive et de la forme dépressive. La paralysie générale peut offrir des exemples du type *circulaire*, dans lequel ces deux formes se succèdent alternativement.

La première observation de ce genre est due à Brierre de Boismont (1859). La question a été étudiée depuis par Westphal, Espiau de La Maëstre, Fabre et d'autres observateurs.

La paralysie générale à forme circulaire offre en général un cycle assez étendu ; ses manifestations successives peuvent couvrir un espace de plusieurs mois. Cependant il est des cas où les périodes sont très courtes, et j'ai dans mon service, en ce moment, une femme atteinte de paralysie générale, chez qui les alternatives d'excitation et de dépression présentent un type quotidien. Un jour elle est plongée dans la tristesse la plus profonde, elle s'afflige des moindres incidents, elle voit tout en noir ; le lendemain elle est pleine de gaieté et d'expansion et prend philosophiquement son parti des contrariétés qui l'affligeaient si vivement la veille.

En général, dans la période dépressive, le délire prend ici la forme de l'hypochondrie ; dans la période expansive, il présente le type de la manie aiguë. On comprend d'ailleurs qu'il peut exister à cet égard des variétés infinies.

8° Il existe une forme *aiguë* ou galopante de la paralysie générale.

Signalée pour la première fois par Beau (1852), décrite par Trélat sous le nom de *paralysie générale galopante*, étudiée depuis par de nombreux observateurs, elle a fourni à Linas le sujet de sa thèse inaugurale. La marche de la maladie est extrêmement rapide, car la mort survient au bout de quelques jours. On peut se demander s'il s'agit bien réellement ici d'une forme particulière de la paralysie générale ; on serait plutôt tenté de croire à une variété d'encéphalite aiguë.

9° Enfin il existe incontestablement une forme *féminine* (1) de la maladie qui nous occupe, car le sexe influe incontestablement sur l'évolution morbide.

(1) Consulter, à ce sujet, la leçon publiée par M. le docteur Régis dans *la France médicale* (1862).

Voyons maintenant quelle est la marche, quelle est la durée, quelles sont les terminaisons de la paralysie générale.

Marche. — Pour étudier la marche d'une maladie, il faut nécessairement se rapporter aux cas types. La paralysie générale présente un si grand nombre de formes et de variétés, qu'il nous faut absolument écarter ici une partie des détails, sous peine de nuire à la clarté de l'ensemble.

On admet généralement trois stades dans le développement de la paralysie générale : une période initiale, une période d'état, une période de déclin. Certains auteurs décrivent aussi des *prodromes*, qui ne se confondraient pas avec la première période. C'est ainsi que Mendel décrit dans l'évolution du type classique, un stade de prodromes; une première période mélancolique ou hypochondriaque; une seconde période caractérisée par l'excitation maniaque; enfin une troisième et dernière période qui appartient tout entière à la démence. Nous ne saurions admettre que la maladie qui nous occupe débute toujours (même dans les cas classiques) par la dépression, pour arriver ensuite à l'excitation; nous croyons surtout qu'il n'est point nécessaire de multiplier indéfiniment les divisions en pathologie, lorsqu'elles ne sont pas absolument indiquées par la nature même des choses. Nous nous contenterons donc d'admettre trois périodes, avec la plupart des observateurs français.

Première période, initiale ou prodromique. — Il est rare de voir brusquement débuter la maladie. Presque toujours on voit apparaître des phénomènes très variables, d'abord indistincts et confus, puis s'accentuant plus nettement, de manière à dessiner d'une façon moins incertaine le profil de la maladie. Peu à peu, la convergence de ces éléments divers finit par accentuer la physionomie du mal et par

permettre de formuler un diagnostic précis. Vers ce moment le malade entre dans la deuxième période, qui va nous occuper tout à l'heure.

Les symptômes de ce premier stade sont de deux ordres; les uns relèvent du domaine de l'intelligence ; les autres de la santé physique.

Au point de vue moral, les premiers symptômes se rapportent tantôt à l'excitation, tantôt à la dépression. Chez plusieurs sujets on constate cette exubérance de vitalité, ce développement excessif de toutes les fonctions, dont nous avons parlé plus haut.

Si l'intelligence paraît jouer ici le rôle principal ; si, chez plusieurs de ces malades, on constate une aptitude extraordinaire aux travaux intellectuels, qui, chez les hommes vraiment supérieurs, peut donner quelquefois des résultats très remarquables au point de vue littéraire et scientifique; si chez d'autres individus on voit se manifester une intensité morbide des sentiments affectifs, il est des paralytiques généraux pour lesquels l'exaltation fonctionnelle se traduit par une suractivité physique, un besoin de mouvement, une horreur du repos, qui ne leur permettent pas de rester en place.

Tous ces phénomènes peuvent coexister chez le même individu, et l'activité intellectuelle se marie aisément à l'exubérance physique dont nous venons de parler.

Nous croyons cependant que ce serait exagérer la portée de ces observations que de prendre pour le premier stade de la maladie cette activité inquiète que manifestent souvent, pendant de longues années, les prédestinés à la paralysie générale. Quand de pareilles dispositions datent de loin, et surtout quand elles remontent aux premières années de la vie, il faut évidemment y voir une prédisposi-

tion morbide, au lieu d'y chercher les premiers symptômes d'une maladie qui n'existe pas encore, mais qui trouvera plus tard un terrain favorablement disposé.

Mais, tandis que chez les uns nous voyons se produire cette activité insolite, ce débordement de toutes les facultés, chez les autres, c'est le phénomène inverse qui vient s'imposer à notre attention. C'est par un stade d'affaissement, de tristesse sans motifs, de paresse physique et morale, que la maladie entre en scène. Il n'est pas rare, à ce moment, de voir les malades, très justement préoccupés de leur santé, consulter un médecin et lui exposer leurs craintes.

Ces deux états peuvent se pénétrer réciproquement, et il n'est pas rare de voir coexister des idées tristes avec de l'exaltation intellectuelle ; quelquefois ces deux dispositions contraires se succèdent alternativement, et l'on a le type circulaire.

Le délire des grandeurs se dessine dès cette époque, et s'il est plus apparent chez les exaltés, il n'en existe pas moins, à l'état plus ou moins latent, chez les déprimés.

Enfin, c'est surtout à la première période que se produisent ces actes d'immoralité qui conduisent les malades devant les tribunaux. On a dit, avec raison, que le premier stade de la paralysie générale, était essentiellement la période médico-légale. Souvent, comme nous l'avons vu, le délire éclate après une condamnation judiciaire.

Nous arrivons maintenant à l'étude des phénomènes physiques qui caractérisent les débuts de la paralysie générale.

On s'est demandé si les troubles physiques ne précédaient point les désordres intellectuels, ou réciproquement ;

cette question est très controversée; en réalité, il n'existe à cet égard aucune règle absolue.

Dans un assez grand nombre de cas, le premier indice de la maladie est une douleur névralgique, siégeant sur les points les plus divers. C'est tantôt une douleur de tête, tantôt une névralgie susorbitaire, tantôt une sciatique simple ou double. On note aussi des douleurs à la nuque, des maux de reins, des douleurs à la région dorsale, des névralgies de la langue, des entéralgies diverses. Il faut joindre à ces phénomènes douloureux des troubles de la vue et de l'ouïe. Enfin, il est une sensation très fréquemment accusée par les malades, celle d'un poids sur la tête ou d'une compression circulaire du crâne. Nous rapprocherons de ce symptôme la sensation de vide dans la tête, qui correspond presque toujours à des troubles congestifs. Le mot *vide* doit ici se traduire par *plénitude*.

Aux phénomènes ci-dessus indiqués viennent se joindre les vertiges, habituellement de courte durée, mais se répétant fréquemment, et qui peuvent gêner la marche jusqu'à produire la titubation.

Les malades éprouvent souvent des *poussées* vers la tête, comme si le sang se portait avec force vers l'extrémité céphalique.

Enfin, quelques rudiments de paralysie peuvent déjà se montrer, et il est des malades qui dès la période prodromique éprouvent de temps en temps un léger embarras de la parole, et ne peuvent pas articuler nettement certains mots.

Ces phénomènes, quelquefois précoces, marquent habituellement le passage de la première à la deuxième période.

Deuxième période, période d'état. — C'est le deuxième stade de la paralysie générale, qui présente, dans toute leur

ampleur, les symptômes que nous avons déjà longuement étudiés. Mais ce qui nous intéresse surtout au point de vue de la marche de la maladie, ce sont les *rémissions*. Elles sont de deux espèces.

Les premières sont de simples temps d'arrêt; le mal n'empire pas, les symptômes ne présentent aucune aggravation, mais l'état reste stationnaire.

Les secondes, au contraire, nous présentent le spectacle d'une marche véritablement rétrograde; le sujet revient en apparence à la raison et à la santé. Cet amendement peut aller assez loin pour lui permettre de reprendre ses occupations.

Les rémissions peuvent n'être que momentanées; mais il en est de durables; elles se prolongent pendant des mois, pendant des années. On cite des cas où l'état normal en apparence s'est prolongé pendant dix, quinze et même vingt-cinq ans. De pareilles rémissions sont équivalentes à des guérisons. Mais nous discuterons, au sujet du pronostic, cette partie de la question. Qu'il nous suffise, pour le moment, de savoir que même après l'apparition des symptômes les plus graves, du marasme, de la coprophagie, les rémissions peuvent se produire. Elles sont cependant beaucoup plus fréquentes à la première période qu'à la seconde : elles deviennent de moins en moins probables, à mesure qu'on s'éloigne de l'origine de la maladie.

En dehors des rémissions, la seconde période est caractérisée, d'une part, par l'aggravation des symptômes physiques, d'autre part par l'affaissement progressif de l'intelligence. Les couleurs, éclatantes au début, sont ternies, et ce que j'appelle le côté brillant des symptômes s'efface de plus en plus. L'éloquence très réelle de certains malades devient un bavardage incohérent, et l'activité d'esprit de

certains autres se transforme en une agitation tracassière.

Les accidents convulsifs et apoplectiques marquent souvent le cours de la deuxième période. Vers la fin, le malade engraisse habituellement ; mais c'est surtout l'émission involontaire de l'urine et des matières qui marque le passage de la deuxième à la troisième et dernière période.

Troisième période, période de déclin. — Ce dernier stade est marqué par un affaissement général. La démence arrive à grands pas, la parole devient absolument inintelligible, la paralysie envahit les membres, enfin des eschares se développent sur divers points, annonçant une fin prochaine.

Terminaisons. — Nous avons réservé la question des guérisons possibles. Il nous reste à savoir comment meurent les paralytiques, dans les cas où la maladie poursuit sa marche progressive.

1° Le malade peut succomber dans une crise violente d'excitation maniaque, ressemblant, par certains cotés, au délire aigu ; d'autres fois c'est après l'épuisement de l'excitation que survient un affaissement général promptement terminé par la mort.

2° Les attaques congestives, le coma et surtout les crises épileptiformes viennent souvent terminer la scène.

3° Les maladies intercurrentes, et surtout la pneumonie, ont facilement raison des paralytiques généraux.

4° Il est une cause toute mécanique de mort subite, qui, par son extrême fréquence, mérite une mention spéciale; c'est l'asphyxie par un bol alimentaire introduit dans les voies aériennes.

5° Les sujets qui échappent à ces causes diverses succombent, à la dernière période, dans le marasme et l'adynamie.

Durée. — Est-il possible de fixer à l'évolution de la paralysie générale des limites précises? Nous ne le croyons pas. Mais il est certain que mieux on connaît la maladie, plus on lui attribue une longue durée. D'après Bayle, le terme serait de dix mois; d'après Calmeil, treize mois; d'après Parchappe, deux ans; enfin l'on admet couramment aujourd'hui que la maladie peut se prolonger pendant de longues années.

La vérité *pratique*, la donnée qu'il faut retenir, en présence des familles, c'est que, lorsqu'il s'agit d'un homme fortement atteint, on peut prédire la mort dans l'espace de dix-huit mois à deux ans. Il ne faut point oublier que la durée est plus longue dans les cas héréditaires, dans le sexe féminin, et dans la forme dite *sans aliénation.*

On peut se demander pourquoi l'existence des malades semble se prolonger davantage aujourd'hui. D'abord le diagnostic se fait à une époque plus précoce de l'évolution morbide, ce qui en augmente la durée apparente, sinon réelle; ensuite on remonte volontiers aux antécédents éloignés pour fixer la date du début; enfin, la maladie, mieux connue aujourd'hui, est incontestablement mieux traitée qu'elle ne l'était autrefois.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

DES CAUSES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

SOMMAIRE. — Origine récente de la maladie. — Fréquence variable selon les pays et selon le degré de civilisation. — Influence des grandes villes Causes prédisposantes. — Ages. — Intelligences élevées. — Hérédité. — Sexe. — Professions. — Alimentation. — Causes occasionnelles. — Fatigue intellectuelle. — Fatigue physique. — Excès vénériens. — Congestion cérébrale. — Traumatismes crâniens. — Affections médicales. — Pseudo-paralysie générale saturnine, syphilitique, pellagreuse, etc. — Rapports de la paralysie générale et de l'alcoolisme. — Paralysie générale par propagation.

MESSIEURS,

C'est par le côté clinique et médical que nous avons surtout étudié, jusqu'ici, la paralysie générale. Nous arrivons aujourd'hui, pour ainsi dire, au vestibule de la partie vraiment scientifique du sujet; ce sont, en effet, les origines profondes de la maladie, ce sont les causes qui paraissent lui donner naissance qui doivent occuper, cette fois, toute notre attention.

Lorsqu'on promène un regard d'ensemble sur l'histoire de la paralysie générale, il est un fait qui saute aux yeux du premier coup et qui s'impose à l'esprit avec toute l'autorité d'un principe; c'est que la paralysie générale est une affection d'origine récente, j'allais presque dire d'origine contemporaine.

Sans doute, il est extrêmement difficile de voir ce que

l'on ne cherche pas, mais les anciens observateurs, et les écrivains plus modernes qui nous ont laissé d'excellentes descriptions de plusieurs formes d'aliénation mentale, sont absolument muets à cet égard. D'ailleurs, les contemporains nous ont conservé dans tous ses détails le récit de la mort de plusieurs grands personnages, et jamais, dans aucun de ces tableaux, nous ne trouvons les caractères de la paralysie générale. Or, il est bien certain qu'ils n'ont point dissimulé la vérité par un excès de respect, car l'histoire impartiale nous apprend qu'Alexandre le Grand mourut de ses excès alcooliques et que la fin de François Ier n'eut rien de chevaleresque.

Donc, en admettant même que dans les siècles passés la paralysie générale ait existé d'une façon pour ainsi dire latente, il est bien certain que cette maladie était peu fréquente avant la fin du dix-huitième siècle. Pour peu qu'elle eût été commune, elle n'eût point échappé aux regards de ces observateurs sagaces, qui savaient si bien saisir le côté clinique et les caractères d'ensemble de toutes les grandes maladies qu'ils ont étudiées. Mais ce n'est pas tout; si le domaine de la paralysie générale semble limité à un cercle étroit dans le temps, cette maladie semble aussi choisir certains points dans l'espace. Il est incontestable que, même à l'époque actuelle, on la voit se concentrer dans certains centres de population.

D'une manière générale, l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord en sont les grands foyers, et les capitales ont partout le privilège d'en réunir un nombre de cas bien plus considérable. Sous ce rapport, la supériorité de Paris sur le reste de la France est absolument hors ligne, et la proportion en faveur de la capitale serait encore plus forte si l'on n'envoyait pas en province la majeure partie des pa-

ralytiques de Paris. Il suffit d'avoir visité quelques asiles de province, après avoir vécu dans les établissements spéciaux à Paris, pour être frappé de l'énorme différence qui les sépare à cet égard.

Par contre, il est des pays qui, en pleine civilisation, semblent jouir d'une immunité particulière. On cite l'Ecosse, l'Irlande et la Suède parmi les régions qui comptent le moins grand nombre de paralytiques en Europe, et cette immunité relative n'est due ni à une infériorité dans l'état de la civilisation, ni à une sobriété excessive dans les mœurs des habitants. Ces exceptions restent encore inexplicables.

Nous savons, du reste, qu'en Orient, que chez les sauvages, et en général partout où la vie intellectuelle est peu développée, la paralysie générale est pour ainsi dire inconnue.

Il semble donc que cette maladie, fruit de la civilisation moderne, se soit manifestée surtout à notre époque. Elle commence à poindre vers la fin du dix-huitième siècle ; elle s'affirme au dix-neuvième et n'a jamais fait autant de ravages qu'aujourd'hui. De plus, on la voit se montrer principalement dans les centres populeux, dans les grandes capitales et surtout dans celles qui sont les centres de la civilisation moderne, et suivant la remarque paradoxale d'un auteur américain, on pourrait juger, d'après la fréquence plus ou moins grande de la paralysie générale, des progrès qu'ont accomplis les divers peuples.

Il existe donc une prédisposition morbide qui constitue la source principale de cette maladie et qui va s'accentuant de plus en plus parmi nos contemporains et dans le milieu que nous habitons. A quoi tient cette prédisposition spéciale ?

Certes, il est facile de montrer en quoi nous différons des générations qui nous ont précédés et des pays qui nous entourent ; et, sans parler des divers États de l'Europe, il existe un contraste frappant entre Paris et la province, entre les villes et les campagnes, qui renferme évidemment un sens profond. L'éducation, qui nous saisit pour ainsi dire au berceau, pour se continuer pendant une longue période, j'allais dire pendant toute notre existence ; la lutte pour la vie, les angoisses, les inquiétudes, les soucis dont notre existence est entourée et qui pour les hommes intelligents sont décuplés par la loi même de leur nature, enfin les excès, tout concourt à produire chez certains sujets un état qu'on peut résumer en un seul mot : *la fatigue cérébrale.*

De tout temps ces causes ont existé. L'antiquité a connu des révolutions terribles : elle a connu des ambitions de tout genre ; mais l'influence de ces causes était combattue par la vie au grand air, par le culte de la gymnastique et par une simplicité dans tous les rouages de l'existence, qui nous fait absolument défaut.

Au moyen âge, il y avait aussi des ambitieux et des misérables ; mais la paralysie générale n'avait guère de prise sur les rudes barons qui se disputaient le pouvoir, ni sur le peuple obscur qui grouillait au pied des châteaux.

Prenons, du reste, une période historique toute récente, et dont les moindres détails nous sont parfaitement connus. La révolution d'Angleterre a bouleversé la société, a créé des fortunes nouvelles, a plongé dans l'abaissement d'anciennes familles ; elle a surexcité les esprits, elle a produit de nombreux cas d'aliénation mentale et surtout de folie religieuse, et cependant nous ne voyons aucun cas de paralysie générale signalé dans les mémoires du temps.

Que s'est-il donc passé ? et comment les races de la vieille

Europe sont-elles devenues une proie facile à cette maladie nouvelle? Trois causes principales peuvent nous en donner l'explication.

Et d'abord, la force de résistance a diminué. On commettait autrefois des excès de plaisir, des excès de travail, des excès de pensée ; mais on y résistait certainement mieux. Ensuite le fardeau est singulièrement augmenté pour tous ceux qui vivent à notre époque où l'existence est bien autrement difficile, les besoins plus multipliés et le champ de la science infiniment plus vaste. Enfin l'hérédité vient sans doute joindre ici son influence à celle des autres causes. Elle est quelquefois directe, mais le plus souvent elle est indirecte, ou, si vous aimez mieux, elle est accumulée, et c'est une longue lignée de cerveaux fatigués, à tendance congestive, qui aboutit enfin à la procréation d'un candidat à toutes les maladies du système nerveux et surtout à la paralysie générale.

Ainsi donc, il semblerait que cette maladie soit un tribut prélevé par la nature jalouse sur les civilisations trop avancées, trop éloignées de l'état primitif ; et ce sont les sujets d'élite, les intelligences les plus distinguées qui subissent le plus facilement cette loi ; car ce ne sont point les dégénérés qui deviennent tributaires de la paralysie générale, ce sont, au contraire, dans bien des cas, de belles et puissantes organisations.

Entrons maintenant dans l'étude des détails ; nous y trouverons la confirmation des vues générales que nous venons d'exposer.

Causes prédisposantes. Age. — C'est en pleine activité fonctionnelle, c'est à l'âge du plein et entier développement du cerveau et de l'intelligence que sévit la paralysie géné-

rale. Elle règne surtout sur la décade comprise entre trente-cinq et quarante-cinq ans. Elle est rare avant trente ans. Elle est rare après soixante ans. On a cité un cas exceptionnel où elle se serait produite chez un jeune homme de seize ans, et nous venons de voir à la Clinique un paralytique général au début qui est âgé de soixante-cinq ans. Ces deux chiffres peuvent être considérés comme les limites extrêmes. Donc la paralysie générale frappe surtout le cerveau lorsqu'il est bien développé et en pleine activité fonctionnelle.

Intelligence. — Il est hors de doute que la paralysie générale se développe plus volontiers chez les hommes intelligents. Nous sommes loin de dire que les intelligences médiocres soient absolument à l'abri de cette maladie, mais, à coup sûr, elle est peu commune chez les esprits obtus.

Hérédité. — On a nié la transmission directe de la paralysie générale. Cependant il en existe des exemples, et ce qui est encore plus commun, c'est de voir un père intelligent engendrer un fils qui sera paralytique, ou un homme destiné à mourir de la paralysie générale engendrer un fils très intelligent, mais dont l'esprit semble porter les stigmates de son origine.

Ce qui est universellement admis, c'est que les tendances congestives et l'hémorrhagie cérébrale chez les ascendants sont pour les descendants une prédisposition manifeste à cette maladie.

Sexe. — La prépondérance incontestable de cette affection chez le sexe masculin est encore l'un des points les plus curieux de son histoire. Dans les classes inférieures, l'homme y est exposé sept fois plus souvent que la femme. Dans les classes supérieures, la femme n'est presque jamais atteinte, et l'affection est on ne peut plus rare chez les dames

d'un rang élevé ou d'une position aisée; et cependant les hommes des classes supérieures, obligés de se fatiguer l'esprit par les nécessités mêmes de leur position, fournissent un contingent beaucoup plus considérable à la paralysie générale que les simples ouvriers. Comment donc expliquer l'immunité relative dont jouissent leurs filles et leurs femmes? Cela tient sans doute à ce que, vivant dans l'aisance, sans être obligées au travail qui la procure, elles échappent à cette contention d'esprit, qui est une des causes principales de cette maladie. Au contraire, la femme du travailleur, partageant sa misère et plus directement associée à ses efforts, est peut-être plus exposée à tomber dans la même ornière pathologique.

Mais, si les grandes dames sont épargnées, nous trouvons, à l'autre extrémité de l'échelle, les prostituées, qui payent un tribut plus considérable que les autres femmes de toute condition. Certes, nous n'invoquerons pas ici les fatigues de l'intelligence, car ce n'est point Minerve qui est l'objet de leur culte; mais peut-être faut-il attribuer une certaine part à l'influence des excès vénériens, qui, chez l'homme, sont incontestablement l'une des causes les plus communes de cette affection. Il faut y joindre les irrégularités d'une vie absolument contraire à toutes les règles de l'hygiène.

Professions. — Ce sont incontestablement les professions libérales, ce sont les lettrés, les savants, les médecins, les hommes politiques qui sont frappés les premiers.

On comprend facilement les motifs de ce fâcheux privilège; mais il est une profession qui est signalée par bien des observateurs, et en particulier par M. Calmeil et par Krafft Ebing, parmi celles qui comptent le plus grand nombre de victimes de la paralysie générale, et l'expé-

rience de tous les jours confirme cette opinion : il s'agit de la profession militaire.

Nous avons déjà vu que l'aberration mentale est fréquente dans l'armée et dans la marine. Il est facile d'en comprendre les motifs, d'ailleurs très divers ; mais on ne comprend pas pourquoi la paralysie générale affecte ici une prédominance marquée. Ce qui est bien certain, c'est qu'elle frappe les officiers plus souvent que les soldats; et, parmi les corps militairement organisés en dehors de l'armée proprement dite, ce sont les douaniers qui en sont atteints plus spécialement. La difficulté du métier, les préoccupations qu'il crée et la nécessité de braver toutes les lois de l'hygiène en sont peut-être l'explication la plus naturelle.

Il nous reste à dire un mot de l'*alimentation*. On a prétendu qu'une nourriture riche en principes phosphorés favorisait, au sein d'une population, le développement de la paralysie générale, et l'on signale à l'appui de cette opinion, l'immunité relative des habitants de la compagne comparés aux citadins, ainsi que l'absence presque complète de la maladie dans certaines régions de l'Europe que nous avons déjà signalées. Nous nous contenterons de faire une seule objection à cette hypothèse : c'est que les populations maritimes, qui se nourrissent en grande partie de poisson, ne présentent aucune prédisposition spéciale à cette maladie.

Causes occasionnelles. — On signale avec raison tous les genres de fatigue et d'affaiblissement comme pouvant déterminer l'explosion de la paralysie générale. Les travaux intellectuels se placent en première ligne. On a vu bien souvent des esprits distingués être frappés au moment même de leur plus grande activité et cela à la suite de

travaux excessifs. Les examens, les concours, les travaux de cabinet, la composition littéraire, sont peut-être, à cet égard, des causes de paralysie générale plus efficaces que les recherches scientifiques proprement dites, qui exercent l'intelligence sans la surexciter.

Les fatigues physiques excessives sont une cause indubitable de paralysie générale, bien que leur action soit moins évidente que celle des excès intellectuels. J'ai vu deux fois survenir la paralysie générale chez des jeunes gens qui venaient de faire leurs vingt-huit jours de service militaire. Soumis à des fatigues vraiment excessives pour des gens sortant de la vie civile, ils ont vu se déclarer les premiers symptômes de la maladie presque aussitôt après leur rentrée dans leurs foyers. L'un d'eux était un employé dans une administration, qui venait de subir des examens assez difficiles. Sans doute, les fatigues de l'esprit avaient prédisposé son cerveau à succomber sous l'influence des fatigues du corps.

Mais de toutes les fatigues, de tous les abus, ce sont incontestablement les excès vénériens qui favorisent le plus le développement de cette maladie ; nous avons déjà signalé cette conséquence des abus sexuels, et nous avons fait remarquer que, même dans l'état conjugal, ces accidents pouvaient se produire. Il en est surtout ainsi des hommes mûrs, qui, se mariant, ou se remariant, à un âge relativement avancé, croient devoir faire honneur à leur signature.

Quant à la masturbation, elle ne paraît avoir qu'une part très minime dans la production de la paralysie générale. Nous avons vu qu'elle développe plutôt un état morbide qui lui est particulier.

Les congestions cérébrales de toute espèce peuvent être

signalées ici comme des causes très actives ; nous citerons surtout les effets de l'insolation, ceux de la ménopause, la suppression d'hémorrhoïdes anciennes ; enfin les effets de la chaleur excessive qu'on supporte dans certains métiers et le voisinage des fourneaux qui, chez beaucoup de sujets, détermine manifestement des congestions céphaliques.

Passons maintenant à l'influence exercée par les maladies antérieures. Nous signalerons d'abord les traumatismes de toute espèce, et en particulier les coups sur la tête. Tout récemment, M. le docteur Vallon a soutenu une thèse fort intéressante sur ce sujet (1).

Parmi les affections qui relèvent de la pathologie médicale, nous indiquerons surtout l'érysipèle, et en particulier l'érysipèle de la face, dont l'influence a été signalée par M. Baillarger ; viennent ensuite la fièvre typhoïde, la pneumonie, la phthisie pulmonaire et les affections du cœur. Chose étrange, l'aliénation mentale ne paraît pas créer une prédisposition à la paralysie générale, et les vésaniques proprement dits ne versent pas dans cette maladie; preuve évidente qu'il s'agit là d'un processus pathologique tout spécial, et qui ne ressemble guère à tous les troubles cérébraux qui engendrent l'aliénation mentale (2).

Il nous reste à parler de toute une classe de maladies qui donnent naissance à des pseudo-paralysies générales qui empruntent le masque de cette maladie, sans en offrir véritablement les caractères. Nous donnerons la première place à la syphilis, qui serait, d'après notre excellent ami le professeur Kjellberg, la cause à peu près unique de la

(1) Thèses de Paris, 1882.

(2) Nous avons vu (p. 702) quelle est à cet égard l'opinion de M. Baillarger ; mais la folie qui précède, d'après lui, la vraie paralysie générale, est une folie d'un genre tout particulier.

paralysie générale. Nous pensons, avec M. le professeur Fournier, que la syphilis cérébrale peut simuler la plupart des signes caractéristiques de la paralysie générale, mais que les lésions anatomiques qui caractérisent ces deux maladies sont absolument différentes. D'ailleurs, la pseudo-paralysie générale syphilitique recule souvent devant un traitement spécifique ; il n'en est rien, malheureusement, pour la vraie paralysie générale.

La pellagre, pour M. Baillarger et quelques autres observateurs, serait, elle aussi, l'une des origines de la paralysie générale. Nous pensons qu'il s'agit encore ici d'une pseudo-paralysie. Nous en dirons autant de l'empoisonnement par le tabac, le mercure et le plomb.

Mais il reste une question très grave à discuter, c'est l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la paralysie générale.

La corrélation entre les deux maladies était autrefois universellement admise : elle est acceptée, encore aujourd'hui, par des auteurs éminents, parmi lesquels je citerai surtout M. Foville, qui va jusqu'à considérer l'alcoolisme comme la cause principale de la maladie qui nous occupe.

Pour moi, je me range absolument à l'opinion de M. le professeur Lasègue et j'admets que la plupart des cas dans lesquels on a cru trouver dans les excès alcooliques l'origine de la maladie sont des erreurs de diagnostic. On est exposé, en effet, à prendre les excès alcooliques qui signalent si souvent les débuts de la maladie, pour les causes d'un état dont ils ne sont en réalité que les premiers symptômes ; ce sont donc les excès anciens, et non les excès récents qu'il faudrait rechercher. Je me suis d'ailleurs assez longuement étendu, sur cette question, dans une de mes leçons précédentes, pour n'avoir pas à y revenir.

Après avoir fait ainsi ma profession de foi, je crois devoir reconnaître qu'il existe quelques faits, peu nombreux, à la vérité, mais suffisamment authentiques, où la filiation qui rattache la paralysie générale à l'alcoolisme est bien nettement démontrée. Il ne faut donc pas nier absolument le rapport qui existe entre ces deux états morbides, mais on doit combattre l'exagération qui accorde à l'alcoolisme une importance absolument prépondérante parmi les causes de la paralysie générale. Ajoutons enfin que c'est plutôt par hérédité que par la voie directe que la filiation s'établit. Souvent, en effet, un père alcoolique engendre un fils qui sera paralytique un jour.

Il nous reste à parler des paralysies générales développées par voie de propagation. Une lésion périphérique, remontant vers le centre, vient atteindre le cerveau pour y produire les lésions de cette maladie. Parmi les causes de cet ordre, il faut accorder la première place aux maladies de la moelle épinière, et plus spécialement à l'ataxie locomotrice progressive. On a vu, mais beaucoup plus rarement, des affections du bulbe, et surtout la paralysie labio-glosso-laryngée, déterminer les mêmes accidents. Les nerfs périphériques à leur tour peuvent être frappés de lésions qui dans leur marche ascendante finissent par atteindre l'encéphale et déterminent ainsi une paralysie générale. C'est ainsi qu'on a vu chez des sujets atteints d'amaurose les lésions du nerf optique remonter vers les ganglions cérébraux et devenir le point de départ de cette maladie. C'est ainsi qu'une sciatique accompagnée d'une dégénération profonde du nerf a pu remonter de proche en proche vers l'encéphale pour y déterminer les mêmes accidents. Enfin, M. Foville a rapporté un cas de paralysie du pharynx

consécutive à la diphthérie et qui s'est terminée par la paralysie générale.

Je pourrais facilement, Messieurs, multiplier ces détails et prolonger considérablement la liste que je viens de dérouler devant vos yeux ; mais je préfère m'arrêter ici, pour formuler les conclusions générales qui me paraissent découler des faits qui précèdent.

La paralysie générale peut reconnaître une multitude de causes diverses, mais elle éclate surtout chez les prédisposés, et parmi ceux-ci l'on doit ranger surtout ces natures ardentes, impulsives, intelligentes, actives et facilement congestionnées, chez lesquelles d'heureuses dispositions cérébrales semblent s'allier à une sorte de faiblesse primitive, à un défaut de résistance, à des actions morbides qui reconnaissent pour point de départ et pour origine commune la faiblesse cérébrale.

QUARANTIÈME LEÇON

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

SOMMAIRE. — Considérations générales. — Anatomie macroscopique. — Aspect général du cerveau. — Atrophie d'ensemble. — Diminution du volume des lobes frontaux. — Altération de l'arachnoïde. — Lésions de la pie-mère. — Adhérences. — Localisation des adhérences et des lésions méningées. — Elles n'occupent que très exceptionnellement les lobes occipitaux. — Absence de pus. — Les adhérences peuvent manquer dans un certain nombre de cas.

Lésions des parties profondes. — Substance blanche.

Lésions de la boîte crânienne. — Lésions de la dure-mère. — Ampliation de la cavité des ventricules.. — Granulations de l'épendyme.

Altérations histologiques. — Etat des vaisseaux. — Lésions des tuniques. — Hypérémie. — Ischémie. — Etat du tissu interstitiel. — Névroglie. — Prolifération des éléments nucléaires. — Vacuoles dans la substance blanche. — Cellules araignées. — Eléments nerveux proprement dits. — Cellules cérébrales. — Cylindres axes.

Lésions accessoires. — Moelle épinière. — Ses enveloppes. — Cervelet. — Bulbe. — Corps olivaires. — Noyaux d'origine des nerfs crâniens. Nerfs périphériques. — Grand sympathique.

Lésions diverses. — Tissu osseux. — Dégénérescence graisseuse. — Congestion et hypostase pulmonaires.

MESSIEURS,

En abordant l'étude des lésions anatomiques de la paralysie générale, l'observateur se trouve embarrassé dès le début par l'abondance extrême des matériaux, et aussi, disons-le de suite, par les contradictions qui existent non seulement entre les auteurs, mais, il faut bien l'avouer, entre les faits.

Les lésions que l'on constate à l'œil nu, et qui avaient

paru si probantes aux premiers observateurs, peuvent manquer dans quelques cas, pourtant bien authentiques, de paralysie générale ; et alors il appartient au microscope de retrouver, par une analyse plus fine et plus minutieuse, des altérations plus profondes et plus caractéristiques, que seul il est capable de nous révéler. Or, le microscope réussit-il toujours dans cette entreprise, quand l'anatomie grossière a échoué? On pourrait croire le contraire lorsqu'on songe que pour d'éminents observateurs la paralysie générale ne serait pas toujours *une*, et que diverses lésions pourraient intervenir, malgré la différence de leur nature, pour déterminer un ensemble de symptômes qui rentrent dans le cadre habituel de la maladie.

Mais il convient d'aborder maintenant l'étude des faits, en procédant, comme nous en avons l'habitude, du simple au composé.

Je me supposerai donc en présence d'une autopsie *normale* chez un paralytique, si l'on peut ainsi s'exprimer.

Le cerveau, une fois extrait de la boîte crânienne, offre une forme générale des plus caractéristiques. Il semble atteint d'une sorte de collapsus général ; il s'affaisse sur la table lorsqu'il y est déposé. Sa circonférence est irrégulière ; elle présente des saillies disséminées çà et là, comme si le terrain avait été bouleversé en divers endroits.

On remarque un amoindrissement dans l'ensemble du poids et du volume de l'organe ; et cependant nous sommes à la période de la vie où il est le plus développé, car c'est de trente-cinq à quarante-cinq ans que la maladie frappe le plus souvent ses tributaires. Cette atrophie, cet affaiblissement prédominent à la région frontale, qui semble plus aplatie que le reste de l'encéphale.

En second lieu, l'épaississement de l'arachnoïde vient

attirer l'attention ; en plusieurs endroits cette membrane a perdu sa transparence ; elle est devenue opaque et lactescente, surtout au niveau des lobes temporaux et du cervelet, et plus spécialement encore à la convexité des hémisphères et aux lobes frontaux.

On voit serpenter à sa surface des tractus blanchâtres qui suivent une ligne parallèle aux vaisseaux et dessinent le contour de leurs sinuosités. Enfin il existe des tractus unissants qui font adhérer cette membrane à la pie-mère, et quelquefois aussi à la dure-mère.

La pie-mère elle-même est notablement épaissie ; elle est infiltrée de sérosité ; elle présente des îlots vasculaires hypérémiés, injectés, offrant des réseaux de capillaires qui contrastent par leur couleur avec les parties plus pâles de la membrane. Ces lésions correspondent, au point de vue topographique, à celles de l'arachnoïde ; les unes et les autres sont évidemment le produit d'un seul et même effort pathologique, et il est très important de remarquer que les lobes occipitaux n'en présentent presque jamais la moindre trace.

Les artères de la base du cerveau sont habituellement saines, et l'on n'y trouve point d'altérations athéromateuses, à moins que, par exception, le paralytique ne soit déjà un homme âgé.

Enfin les circonvolutions cérébrales sont visiblement atrophiées, surtout à la partie antérieure et aux lobes fronto-pariétaux. Les lobes occipitaux sont presque toujours épargnés.

On peut d'après ces premières données formuler déjà un diagnostic anatomique, et l'aliéniste exercé ne manquera pas de dire : « *Voici un cerveau de paralytique.* »

Mais nous procédons maintenant à l'enlèvement de la pie-

mère. C'est alors qu'apparaît une lésion des plus caractéristiques ; ce sont les adhérences de cette membrane à la surface des circonvolutions. Les couches superficielles de substance corticale sont en effet arrachées avec la pie-mère, et leurs débris se retrouvent à sa face profonde ; mais ces adhérences n'existent qu'au sommet des circonvolutions, et jamais elles ne se rencontrent au fond des sillons intermédiaires. Les pertes de substance ainsi produites ont une forme très accidentée, et le cerveau, dépouillé de ses membranes, ressemble à la figure d'un sujet gravé de petite vérole. La surface des circonvolutions saines est lisse et parfaitement régulière.

Ces lésions peuvent occuper la base aussi bien que la surface convexe du cerveau. D'une manière habituelle, comme l'a fait observer M. Luys, elles sont discrètes et non confluentes : cependant cette dernière disposition s'observe quelquefois.

Notons ici que les adhérences correspondent à une perte de substance, à une atrophie réelle. On aurait tort de supposer que les ulcérations qui succèdent à l'enlèvement de la pie-mère sont le résultat d'un simple arrachement mécanique. En effet, si nous faisons macérer dans une solution d'acide nitrique au dixième la cerveau encore revêtu de ses membranes, on voit, après la disparition ou l'enlèvement de celles-ci, des dépressions irrégulières plus ou moins profondément gravées à la surface des circonvolutions, et dont la présence montre bien qu'il existait en ces points malades une véritable atrophie ou perte de substance (Crichton-Browne).

La localisation de ces adhérences est exactement la même que celle des lésions méningées. Un seul et même processus pathologique donne lieu à l'opalescence de l'arach-

noïde, à l'épaississement de la pie-mère et à ses adhérences avec le cerveau.

Ces lésions sont donc localisées de préférence aux lobes fronto-pariétaux, et d'après Crichton-Browne, elles ne se rencontreraient *jamais* aux lobes occipitaux. Cette assertion est trop absolue, et nous avons eu l'occasion, dans le courant de l'année, de vous montrer deux autopsies dans lesquelles des adhérences manifestes existaient à la partie postérieure des hémisphères. Mais il est parfaitement exact de dire que dans l'immense majorité des cas il n'en est pas ainsi ; et l'on doit tenir le plus grand compte de cette loi de fréquence relative, qui localise aux régions antérieures les lésions de la paralysie générale.

Il est extrêmement important de remarquer qu'au milieu de tous ces troubles qui indiquent l'existence d'un processus morbide très actif, jamais ou presque jamais on ne trouve de pus dans les méninges (1). On ne saurait exagérer la portée de ce caractère négatif, qui sépare nettement la paralysie générale de certaines affections plus ou moins voisines.

Mais, ce qui est plus grave encore, les adhérences, ces lésions caractéristiques de la maladie, peuvent manquer complètement, et cela, d'après les auteurs anglais, dans un cinquième des cas. Il en serait surtout ainsi dans les cas chroniques, dans les formes frustes ou sans aliénation. Quelquefois ces lésions sont remplacées par une sorte de relief irrégulier : « On croirait, dit Wilks (2), à une urticaire du cerveau. »

Pour éviter toute erreur dans la recherche des adhéren-

(1) Mendel a cependant trouvé deux fois du pus dans les méninges. *Op. cit.*, p. 42.

(2) *West Riding Asylum Reports*, 1876, p. 193.

ces, on peut, dans les cas douteux, dépouiller le cerveau de ses membranes sous l'eau, ou bien employer la préparation par l'acide nitrique dont nous avons déjà parlé. Ces moyens permettent quelquefois de surprendre des lésions presque latentes.

Il n'en reste pas moins établi que les adhérences, cette lésion absolument caractéristique d'après les premiers observateurs, non seulement peuvent exister dans le délire aigu et d'autres affections étrangères à la paralysie générale, mais qu'elles peuvent manquer absolument dans cette dernière maladie. Sans méconnaître leur rôle, sans oublier qu'elles témoignent d'une altération profonde des parties les plus nobles du cerveau, nous sommes forcés de reconnaître qu'on ne saurait leur attribuer la valeur d'un signe distinctif, comme lorsqu'il s'agit des lésions des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. Il faut donc chercher ailleurs, et se demander si, dans les régions centrales, on ne trouverait point cet élément de diagnostic anatomique qui semble nous échapper.

Les parties profondes présentent à l'inspection microscopique des altérations très dignes d'intérêt. La substance blanche est parsemée de crêtes résistantes qui se laissent facilement dépouiller de la substance grise qui les recouvre. On a prétendu que ce caractère était sans valeur, et qu'il était facile avec un peu d'habileté de répéter l'opération sur des cerveaux sains. Mais qui ne voit qu'il s'agit là, sinon d'un caractère distinctif, d'un critérium anatomique, tout au moins de l'expression macroscopique d'une lésion que les micrographes ont étudiée plus tard ? Il y a très certainement, dans cette demi-induration de la substance blanche, l'indice d'une lésion profonde de la trame de l'encéphale.

Parmi les autres lésions de la substance blanche, nous signalerons tout d'abord une diminution de sa consistance normale, dans les points qui ne sont pas sclérosés ; une hypérémie capillaire de plusieurs régions, et notamment des couches optiques et des corps striés ; enfin, l'amoindrissement de la capacité des ventricules latéraux, fait auquel M. Luys attache une importance toute particulière.

Messieurs, je crois avoir assez longuement insisté sur les lésions de la pulpe cérébrale et de ses enveloppes immédiates ; c'est là que nous trouvons, en effet, les altérations les plus graves et les plus significatives.

Il me reste à vous parler de certaines lésions accessoires qui déposent dans le même sens, mais sans offrir la même importance.

Parmi les enveloppes du cerveau, il faut citer en première ligne la boîte crânienne, qui n'est pas un réceptacle inerte, mais un tissu vivant. On peut donc s'attendre à trouver dans les os mêmes du crâne certaines altérations, vestiges éloignés du travail qui se passe dans les parties sous-jacentes. On a signalé chez les paralytiques un épaississement des os du crâne ; une sorte de congestion veineuse du diploé, qui correspond souvent à un état congestif du cuir chevelu et qui s'exprime quelquefois par une coloration bleuâtre de sa surface interne. On a trouvé dans quelques cas un certain degré de ramollissement des os. Enfin il existe des adhérences qui unissent la dure-mère à la table interne du crâne ; mais ces adhérences ne sont point fermes, comme dans la démence sénile ; elle se laissent facilement déchirer. Ajoutons enfin qu'on trouve des exostoses et des périostoses des os du crâne, et que, dans quelques cas extrêmement rares, on a signalé l'atrophie et l'amincissement des parois de cette boîte osseuse.

Signalons aussi une teinte rouillée, qui s'observe quelquefois à la surface profonde de la dure-mère, et qui a été surtout signalée par les auteurs anglais. On trouve aussi, chez certains sujets, de la pachyméningite hémorrhagique et des kystes de l'arachnoïde.

Nous avons déjà parlé de l'ampliation de la cavité des ventricules. On a noté souvent sur l'épendyme une série de petites saillies mamelonnées, hyalines et transparentes. Signalées par Bayle, étudiées avec soin par Joire, qui en fait la lésion pathognomonique de la paralysie générale, elles ne se rencontrent que très rarement en dehors de cette maladie. MM. Magnan et Mierzejewsky les ont attentivement décrites au point de vue histologique, et nous savons aujourd'hui qu'elles sont constituées par de petits fibrômes, nés de la couche réticulaire de l'épendyme.

Nous avons étudié avec soin les lésions macroscopiques de la paralysie générale, et sans en méconnaître l'importance, nous devons reconnaître qu'elles ne valent que par leur ensemble. Prise isolément, chacune d'elles peut manquer : il est même des cas où elles manquent toutes ensemble. Lélut, le premier, a rapporté deux observations de paralysie générale, sans lésions du cerveau ni de ses membranes (1). D'autres aliénistes ont signalé des faits semblables. Nous pensons, avec Marcé, que les faits de ce genre ne doivent pas être admis sans contrôle. Mais, en faisant la part des erreurs possibles de diagnostic, nous ne saurions refuser de constater qu'il n'existe, parmi les lésions qui peuvent être reconnues à l'œil nu, aucun caractère distinctif de la paralysie générale.

(1) *Annales médico-psychologiques*, t. I, p. 179, 1842.

Voyons donc quelles sont les lumières que nous fournit, à cet égard, l'analyse histologique.

I. *État des vaisseaux.* — Les capillaires présentent des signes évidents d'un inflammation chronique. D'abord, au premier degré, quand il s'agit de lésions encore peu avancées, on reconnaît un état variqueux, irrégulier, de ces petits vaisseaux : en même temps apparaissent des capillaires de formation nouvelle, fait très important, signalé par Meyer, Schule et Lubimoff. On constate ensuite une multiplication des noyaux des parois vasculaires (Wedl, Calmeil). On remarque surtout ces lésions dans l'adventice ; mais il peut exister aussi une prolifération des noyaux oblongs des tuniques interne et moyenne.

Souvent aussi la gaîne lymphatique est distendue par des leucocytes et des globules rouges : le vaisseau décrit alors des flexuosités dans sa gaine.

Ces altérations sont souvent le point de départ d'anévrysmes miliaires qui sont toujours précédés de périartérite.

Signalons aussi l'épaississement de l'adventice et la multiplication de ses éléments fusiformes (L. Clarke, Luys), l'état vitreux (Mierzejewski) et l'état colloïde (Magnan) des capillaires, enfin l'altération graisseuse et pigmentaire de leurs parois (Gray, Mierzejewski).

Quant à l'état de la circulation dans les vaisseaux malades, elle serait caractérisée, d'après Calmeil, par une hypérémie intense et généralisée, quand la maladie a suivi une marche très rapide. Cependant Mendel (1), dans deux cas de paralysie générale à forme galopante, n'a point constaté cette replétion excessive des capillaires.

D'une manière habituelle, on rencontre, sur divers

(1) Mendel, *op. cit.*, p. 47.

points, soit une congestion, soit une ischémie plus ou moins évidentes. Tantôt la substance grise offre une teinte violacée, lie de vin, qui correspond à une injection manifeste des réseaux vasculaires ; tantôt, au contraire, la substance grise est pâle, anémiée, exsangue (Baillarger, Luys). En somme, il est évident que l'équilibre de la circulation capillaire du cerveau et des méninges est profondément troublé : l'on rencontre ici des régions anémiées, là des points fortement congestionnés, parfois même de petits foyers hémorrhagiques.

II. *Tissu interstitiel; névroglie.* — Sans aborder la controverse encore pendante sur la nature intime du tissu interstitiel des centres nerveux, sans nous demander s'il s'agit d'une simple variété du tissu conjonctif, ou d'une partie constituante de la trame nerveuse, nous constaterons que les altérations de la névroglie jouent un rôle important dans la paralysie générale.

Au début, l'on constate une prolifération manifeste des éléments nucléaires. A l'état normal, la proportion de ces éléments serait de 90 à 110, dans le champ du microscope (pour un grossissement de 200 diamètres). — Chez les paralytiques généraux, le chiffre s'élève à 150 ou 200, et peut même aller jusqu'à 600 (Mendel). Cette augmentation du nombre des éléments nucléaires de la névroglie est considérée comme l'un des caractères fondamentaux de la paralysie générale par MM. Luys, Magnan, Bonnet et Poincaré, Regnard, L. Meyer et d'autres observateurs. Cependant, même en admettant qu'elle soit constante (ce qui n'est pas universellement accepté), l'on doit reconnaître que cette lésion n'est pas spéciale à la maladie qui nous occupe et qu'on peut la rencontrer dans d'autres formes d'encéphalite. On ne saurait donc en faire un caractère appartenant *toti*

et soli rei definitæ, suivant le langage des anciens scolastiques.

L'envahissement de la trame cérébrale se traduit d'une manière encore plus brutale, si je puis ainsi m'exprimer. On voit à la loupe, ou du moins à un faible grossissement, des vacuoles creusées dans l'intérieur de la substance blanche des circonvolutions, et que Lockhart Clarke compare aux trous du fromage de gruyère. Ce sont des mailles formées par l'entrecroisement des fibres de la névroglie, et remplies d'une sérosité plus ou moins abondante. Ici, le tissu interstitiel s'est presque complètement substitué à la trame nerveuse proprement dite. Le siège de prédilection de cette lésion serait, d'après M. Luys, la circonvolution calloso-marginale.

A un degré plus avancé, l'on voit apparaître ces éléments singuliers, connus sous le nom de cellules araignées, et qui ont été surtout étudiés, dans la paralysie générale, par Mierzejewski. Ce sont des cellules rameuses offrant des prolongements tantôt droits, tantôt flexueux, qui, le plus souvent, se trouvent en rapport avec les vaisseaux, mais qui, dans d'autres cas, forment par l'entrelacement de leurs rayons un réseau admirable autour des éléments nerveux.

Malgré toute la bonne volonté des observateurs éminents qui se sont efforcés de présenter ces éléments comme la lésion caractéristique de la paralysie générale, il demeure établi que ces cellules se rencontrent à l'état normal dans les centres nerveux, et qu'il s'agit d'une simple modification des cellules de la névroglie. — Ce qui est vraiment pathologique, c'est l'augmentation de leur nombre et l'épaississement de leurs prolongements ; mais, encore une fois, on ne saurait trouver ici un caractère vraiment distinctif.

Au dernier degré, loin de proliférer, les noyaux du tissu interstitiel s'atrophient. C'est le dernier terme de ce processus irritatif, qui s'accuse, en premier lieu, par leur multiplication exagérée.

Ces altérations, qui peuvent se rencontrer dans toutes les régions de l'encéphale, ont pour siège de prédilection la couche libre de tissu conjonctif sous-jacente à la pie-mère, qui enveloppe les circonvolutions cérébrales, — ou mieux encore la couche profonde, qui est placée au-dessous d'elles. Ce sont donc la couche sus-corticale et la couche sous-corticale qui représentent le siège de prédilection des altérations de la névroglie.

III. *Eléments nerveux proprement dits.* — Mais, au milieu de cette marée montante qui envahit tout l'encéphale, que devient l'élément noble par excellence, la cellule nerveuse, la source du mouvement et de la pensée, le *Saint des Saints*, suivant l'expression pittoresque de Rindfleisch?

Compression, atrophie, disparition, tel paraît être le sort qui leur est réservé ; mais dans ce processus pathologique, qui doit aboutir en dernière analyse à la mort, on distingue plusieurs degrés.

Il se produit d'abord un gonflement (Meschede) qui porte surtout sur les noyaux, qui semblent dilatés au point de remplir la cellule tout entière. Survient ensuite une prolifération de ces éléments ; autour des vaisseaux, surtout au voisinage des excavations sanguines, on voit des cellules entourées d'éléments nucléaires. Ailleurs on trouve des cellules enveloppées dans le réseau conjonctif et entourées de vacuoles. Leur protoplasma est trouble, granuleux, et se colore fortement par le carmin.

Sur d'autres points, on trouve des cellules ayant perdu leur structure primitive, privées de prolongements, et char-

gées de graisse et de pigment brun. Le carmin perd ici ses propriétés colorantes.

Nous voyons ailleurs des cellules hypertrophiées et granuleuses; enfin le dernier degré de la désintégration semble représenté par des cellules complètement granuleuses, sans noyau, et dont les prolongements eux-mêmes sont granuleux. Notons ici que, parmi les parties constituantes de la cellule, c'est le prolongement axile qui semble périr le dernier.

Les cylindraxes sont quelquefois hypertrophiés, et leurs extrémités sont renflées en forme de massue.

Si l'atrophie des cellules se produit ainsi par l'altération de leur contenu, elle a souvent aussi pour conséquence une diminution absolue de leur volume. La cellule se rapetisse et se déforme, et le noyau, d'abord tuméfié, s'atrophie à son tour. La cellule se racornit de plus en plus, et il ne reste plus à sa place qu'un corpuscule irrégulier.

On rencontre aussi, mais plus rarement, des cellules incrustées de sels calcaires.

Ces diverses lésions, qui selon toute apparence ne dérivent pas constamment les unes des autres, et peuvent se développer parallèlement, sont loin d'appartenir en propre à la paralysie générale. On les rencontre dans d'autres maladies du cerveau, et plus spécialement dans la démence; mais ce qui appartient en propre à l'affection qui nous occupe, c'est leur fréquence extrême, leur très grande dissémination. Il est des cerveaux de paralytiques, dit Mendel, où l'examen le plus attentif ne parvient que difficilement à découvrir une seule cellule absolument saine et qui ait complètement échappé à ce travail de régression.

En résumé, les altérations que nous venons de décrire semblent converger vers un seul et même terme, une seule

et même donnée générale: c'est la destruction, l'atrophie progressive des éléments nobles, étouffés par l'envahissement incessant d'un tissu d'ordre inférieur; mais il n'existe aucun caractère spécifique de la paralysie générale, et les altérations dont nous venons de parler ne valent que par leur ensemble.

IV. *Lésions diverses.* — Occupons-nous maintenant des lésions accessoires de la paralysie générale.

Moelle épinière. Presque toujours altérée, à des degrés divers, comme l'a démontré Westphal, la moelle épinière présente chez les paralytiques généraux une altération granuleuse, dont la signification a été très diversement interprétée. Signalée pour la première fois, dans la maladie qui nous occupe, par Türck et Joffé, cette lésion a été rencontrée par Westphal chez tous les paralytiques dont il a examiné l'axe médullaire : il en déduit la conclusion que cette altération est constante, et qu'il faut lui attribuer la plupart des troubles de la motilité que l'on observe chez ces malades. Cette opinion, confirmée depuis par les recherches de Weiss et de Sander, a été combattue par Simon, qui fait observer que ces granulations se rencontrent dans la moelle épinière de presque tous les sujets, et notamment chez les phthisiques. Il ajoute que chez bon nombre de paralytiques généraux la proportion de ces éléments ne dépasse pas ce qu'on pourrait appeler l'*état normal.*

Après avoir fait la part de l'exagération, il faut reconnaître que la moelle épinière est bien réellement atteinte, sinon chez tous les paralytiques, du moins chez un grand nombre d'entre eux. D'ailleurs les altérations qu'elle présente diffèrent de l'état granuleux. On y rencontre souvent la dégénération grise des cordons postérieurs ou latéraux. La première de ces lésions correspond toujours,

d'après Westphal, aux symptômes de l'ataxie ; la seconde, à ceux de la paraplégie.

On trouve quelquefois des plaques disséminées de sclérose sur le trajet de l'axe spinal.

Quelquefois, au contraire, il existe du ramollissement sur certains points.

Enfin, la substance grise, presque toujours hypérémiée, est quelquefois le siège d'extravasations et même d'hémorrhagies assez abondantes (hématomyélie).

Les méninges spinales peuvent également se trouver lésées; on signale surtout la pachyméningite interne, avec ou sans hémorrhagie, et les indurations de l'arachnoïde.

Le cervelet, qui, d'après Bayle, ne serait jamais malade, offre au contraire des lésions multiples : on constate souvent à sa surface des adhérences avec la pie-mère ; on y trouve presque toujours une congestion manifeste et un certain degré de ramollissement. Ces lésions prédominent dans l'écorce (Luys).

Le bulbe et les corps olivaires, lorsqu'ils sont altérés, sont plutôt indurés que ramollis.

Les noyaux d'origine des nerfs crâniens sont habituellement respectés. Cependant on a trouvé quelquefois de la sclérose, dont les cellules ganglionnaires sont plus ou moins complètement dégénérées. Le nerf lui-même est quelquefois altéré dans sa partie périphérique.

On a signalé, dans quelques cas, la dégénération grise et l'atrophie du nerf olfactif, du nerf optique, de la cinquième paire et du ganglion de Gasser.

Parmi les nerfs périphériques, le sciatique est celui qui présente le plus souvent des lésions de ce genre.

Les ganglions du grand sympathique, d'après MM. Bonnet et Poincaré, présentent une pigmentation très prononcée,

une diminution du nombre des cellules nerveuses et une hypertrophie du tissu conjonctif. Obersteiner a trouvé une pigmentation manifeste du ganglion cervical supérieur ; et Mendel a rencontré des granulations très abondantes et un état granuleux des cellules nerveuses, dans plusieurs des ganglions du grand sympathique. Ces lésions, il faut bien le dire, peuvent exister dans les maladies les plus diverses, et n'ont, par conséquent, aucune valeur réelle.

En dehors du système nerveux, c'est le tissu osseux qui présente les altérations les plus remarquables. Le ramollissement, la friabilité des os ont été signalés en France par M. Biaute, et en Angleterre par Ormerod, Ashe, Williams et Ringrose Atkins. On constate alors une diminution notable de la proportion des sels calcaires et une augmentation très évidente des éléments graisseux.

On a noté également la dégénérescence graisseuse du cœur.

Enfin, comme la plupart des aliénés, les paralytiques généraux sont très exposés à la congestion et à l'hypostase pulmonaires.

Messieurs, j'ai cherché à vous présenter d'une manière succincte le tableau des lésions anatomiques de la paralysie générale. Si j'ai négligé quelques détails, j'ai la conviction de vous avoir très impartialement exposé l'état de nos connaissances à cet égard. Quant aux conclusions qu'il convient d'en déduire, au point de vue de la nature de la maladie, nous les avons discutées plus haut par anticipation.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

SOMMAIRE. — Difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale. — Débuts insidieux. — Période initiale. — Troubles de la motilité, plus significatifs que ceux de l'intelligence. — Deux grandes classes de maladies qui peuvent emprunter le masque de la paralysie générale. — Vésanies : lésions organiques de l'encéphale et névroses convulsives.
Délire ambitieux. — Manie simple. — Délire aigu. — Mélancolie avec stupeur. — Folie circulaire. — Délires impulsifs.
Epilepsie. — Chorée. — Lésions en foyer. — Hémorrhagie et ramollissement cérébral. — Tumeurs intracrâniennes. — Syphilis cérébrale. — Encéphalopathie saturnine. — Alcoolisme.

MESSIEURS,

Lorsqu'on parcourt les salles d'un asile où de nombreux types des diverses formes de la paralysie générale se trouvent réunis, on est tenté de croire que le diagnostic d'une maladie aussi nettement caractérisée doit sauter aux yeux, et que si les praticiens ordinaires, peu habitués à ces difficultés, peuvent hésiter quelquefois dans leurs jugements, le doute ne saurait être permis aux aliénistes de profession.

Il n'en est rien cependant, et tous ceux qu'une longue pratique a rompus aux difficultés du métier, connaissent ces doutes pleins d'anxiété, ces hésitations, ces angoisses, que réserve bien souvent à l'observateur consciencieux la période initiale de la paralysie générale. Aux stades plus avancés, quand l'embarras de la parole, le déclin des forces musculaires et l'affaiblissement intellectuel vien-

nent se joindre au délire primitif, il n'est plus permis de douter ; mais souvent les débuts insidieux de la maladie se prolongent pendant un long espace de temps, et c'est précisément alors que le diagnostic serait le plus utile, parce que c'est seulement alors qu'il aurait quelque chance d'aboutir à un traitement plus ou moins efficace, s'il est permis de croire qu'il existe un traitement efficace contre une pareille maladie.

C'est donc plus spécialement à la période initiale, c'est au début de la maladie que s'appliqueront les considérations que je viens aujourd'hui vous présenter.

S'il me fallait exprimer dans une formule unique les règles du diagnostic, en matière de paralysie générale, je dirais : C'est aux troubles de la motilité, et non pas à ceux de l'intelligence, qu'il faut s'adresser.

En effet, toutes les formes du délire peuvent coïncider avec les débuts de la paralysie; le délire peut même manquer d'une manière absolue; seuls, les troubles de la motilité, quand ils ne manquent pas à l'appel, ne tromperont jamais l'observateur exercé.

Comme toutes les formules absolues, la règle que nous venons de poser souffre de nombreuses exceptions. Elle est pourtant la règle, et il ne faut jamais la perdre de vue. Mais quittons enfin les généralités pour entrer dans l'étude des détails.

Messieurs, il est deux grandes classes, deux catégories distinctes, dans lesquelles il faut ranger les affections si nombreuses qui peuvent emprunter le masque de la paralysie générale.

Dans la première, viennent se placer les vésanies, c'est-à-dire les troubles intellectuels qui ne s'accompagnent d'aucune altération anatomique appréciable; et c'est ici, vous

le comprenez bien, que l'on doit attribuer à l'étude du délire son plus haut degré d'importance, sans contrevenir, bien entendu, à la règle fondamentale que nous venons de poser. Dans la seconde, il faut placer les lésions organiques de l'encéphale et les autres perturbations physiques qui peuvent simuler plus ou moins complètement la paralysie générale ; et c'est ici, vous le comprenez sans peine, que les manifestations physiques de la maladie sont appelées à jouer le rôle prépondérant. Nous commencerons donc cette étude par les vésanies, nous discuterons ensuite le diagnostic des hémorrhagies, des ramollissements, des tumeurs du cerveau et des névroses diverses qui peuvent devenir ici une cause d'erreur, et nous terminerons la série par ces maladies générales qui, surtout dans leurs formes chroniques, offrent une ressemblance profonde avec l'affection qui nous occupe.

Messieurs, la paralysie générale peut revêtir l'aspect de toutes les vésanies ; elle peut surtout, à ses débuts, simuler la manie, la mélancolie, le délire ambitieux, la folie circulaire, l'hypochondrie et la démence simple ; et, dans chacun de ces cas, vous nous voyez chercher avec insistance et saisir avec avidité tous les symptômes physiques dont il est possible de tirer parti. Le moindre embarras de la parole, le plus petit tremblement de la langue ou des lèvres, la plus légère inégalité des pupilles, acquièrent ici une signification dont il est impossible de s'exagérer la valeur. Mais, pour prendre corps à corps les véritables difficultés du sujet, je dois supposer que nous sommes privés de tous ces indices et réduits à chercher, dans les seuls caractères du délire, les éléments de notre décision.

Le délire ambitieux est incontestablement l'une des vésanies qui peuvent inspirer à l'observateur les craintes

les plus légitimes et lui faire admettre la possibilité d'une paralysie générale. Il se présente sous deux formes principales: d'abord, la manie ou l'excitation maniaque avec idées de grandeur; ensuite, le délire simple sans excitation maniaque. C'est la mégalomanie de M. Foville.

Occupons-nous d'abord du premier cas. Les éléments du diagnostic seront fournis d'abord par les antécédents du malade. En effet, la manie ambitieuse offre un début brusque, imprévu, violent et sans prodromes. La paralysie générale, au contraire, nous offre, au début, des alternatives de dépression et d'excitation; des phénomènes congestifs, des poussées vers la tête, des vertiges suivis quelquefois de perte de connaissance. Enfin l'on constate souvent un affaiblissement intellectuel évident caractérisé par des propos incohérents, par des actes bizarres et quelquefois coupables, et, ce qui est encore plus important, par une maladresse physique et morale. Nous avons en second lieu les caractères bien connus du délire paralytique. Nous les avons décrits avec soin, aussi nous dispenserons-nous d'y revenir.

Enfin, en troisième lieu, il faut tenir compte de l'évolution de la maladie. Il ne faut point, dans les cas douteux, se prononcer d'emblée; il faut réserver son jugement et revenir sur ses premières impressions. La marche de la manie et de l'excitation maniaque est, en effet, tellement différente de celle qu'affecte la paralysie générale, que tel cas, difficile en apparence au début, sera d'une simplicité absolue quelques mois plus tard.

La mégalomanie est essentiellement caractérisée par un délire logique, régulier, bien enchaîné. Le malade raconte un roman parfaitement bien rédigé. Ses explications ont une certaine vraisemblance dans leur absurdité, et la tenue

du sujet répond au rôle qu'il s'est attribué. Il est fier, dédaigneux, susceptible ; il ressent très vivement les injures, et surtout il fait preuve d'un fort méchant caractère, différent en cela du paralytique général, dont la bonté et la bienveillance un peu niaise sont un des traits les plus caractéristiques.

Les mégalomanes sont souvent remarquables par une excellente conservation de la mémoire. Cette faculté, nous le savons déjà, s'affaiblit rapidement chez les paralytiques. Mais un point plus important encore, c'est l'existence d'hallucinations de l'ouïe chez les fous ambitieux, qui, très souvent, sont aussi des persécutés. Or, les hallucinations sont peu communes chez les paralytiques et ne se manifestent que dans certaines conditions tout à fait particulières.

Notons enfin que l'évolution de la maladie est absolument différente dans les deux cas.

Pendant de longues années, le mégalomane reste identique à lui-même, sans dévier un instant de la ligne qu'il s'est tracée. Le paralytique est, au contraire, un mur qui s'écroule et chaque jour voit tomber quelques pierres de l'édifice.

La manie simple, sans idées de grandeur, me paraît facile à distinguer de la paralysie générale; cependant, il est une forme de la maladie dans laquelle l'agitation maniaque qui marque les débuts, persiste fort longtemps, sans changer de type, puis cède le pas à l'affaiblissement intellectuel, qui verse lui-même dans la démence paralytique, avec l'embarras de la parole, le tremblement et les autres signes caractéristiques de la maladie. Ce sont les cas de ce genre qui ont fait dire à Esquirol que la paralysie était surajoutée à la vésanie.

Ces faits sont incontestablement les plus difficiles à

juger, et l'on ne peut se former une opinion qu'en présence du développement ultérieur de la maladie et de la tournure que prennent les événements.

Messieurs, il est une forme aiguë de la paralysie générale (1), dans laquelle il existe une fièvre intense, avec accélération du pouls, avec élévation de la température, état fuligineux de la bouche, en un mot, toute une série de symptômes qui font nécessairement songer au délire aigu.

Le diagnostic est extrêmement difficile. Cependant, il existe deux cas :

Dans le premier, la paralysie générale conserve ses caractères, et l'observateur peut se prononcer avec une certitude au moins relative. Le malade présente, en effet, de l'embarras de la parole, du tremblement, des idées ambitieuses, et cet embarras de la parole peut mettre sur la voie.

Dans le second cas, on se trouve en présence d'une excitation ou d'une démence d'emblée. Si les antécédents du malade sont muets, le diagnostic est absolument impossible et ne se fait qu'à l'autopsie.

Nous en avons eu un exemple chez le sujet que je vous ai récemment présenté à la clinique et qui paraissait atteint d'une démence consécutive. Dans toutes les réponses aux questions qu'on lui adressait, il introduisait le nombre 14 ; il avait 14 ans, il avait 14 enfants, il avait gagné 14 francs. Nous avions admis une démence primitive, mais le malade mourut peu de temps après, et nous trouvâmes, à l'autopsie, les lésions manifestes de la paralysie générale.

Passons maintenant à la forme dépressive de la paralysie générale et aux maladies qui peuvent la simuler. Des

(1) Linas, Thèse de Paris, 1857.

difficultés non moins grandes nous attendent sur ce nouveau terrain.

La mélancolie avec stupeur est souvent difficile à distinguer de la paralysie générale à forme mélancolique. Les conceptions délirantes sont à peu près les mêmes. L'obtusion de l'intelligence simule la démence. Enfin la stupeur détermine quelquefois certains troubles de motilité qui pourraient aisément égarer l'observateur.

Le diagnostic devra s'appuyer en premier lieu sur les antécédents du malade. Il est rare que la paralysie générale, à forme dépressive, débute d'emblée sans être précédée par certains autres troubles intellectuels, par une grande incapacité de travail et quelquefois par un véritable délire, avec idées ambitieuses. La lypémanie proprement dite, au contraire, ne présente point ces signes de perturbation où de décadence de l'esprit, et même, à la veille de la stupeur, le lypémaniaque, quand il parle, manifeste encore un certain degré de vigueur intellectuelle.

Les caractères du délire, pris en lui-même, sont donc le second indice qui peut mettre sur la voie de la paralysie générale. La perte de mémoire, l'absurdité des conceptions, les contradictions grotesques qu'on saisit, soit dans la conversation, soit dans les écrits des vrais paralytiques, ne se rencontrent jamais dans la lypémanie proprement dite.

Restent enfin les signes physiques de la paralysie générale, qui ne se rencontrent jamais chez les vrais mélancoliques. Mais il est des cas où le sujet, se renfermant dans un mutisme obstiné, ne fournit à cet égard aucune indication appréciable. Il faut alors savoir attendre. Marcé rapporte le cas d'un malade qui, après avoir gardé un silence obstiné pendant cinq mois, a fini par dire : « Je suis le fils

de l'empereur », en bégayant ; à partir de ce moment, aucune erreur n'était possible.

La folie à double forme présente deux périodes, dont l'une est caractérisée par la dépression, l'autre par l'exaltation. C'est surtout dans ce dernier cas que l'observateur peut souvent concevoir l'idée d'une paralysie générale. Pour être moins incohérente, moins absurde et moins contradictoire que celle des vrais paralytiques, l'ambition des sujets atteints de folie circulaire n'est pas moins frappante ; et, lorsqu'on voit un sujet de cette espèce soutenir qu'il est le premier ministre, qu'il a fait des inventions merveilleuses et réalisé une fortune colossale, il est bien permis d'hésiter.

M. Régis, dans un travail récent (1), signale la bienveillance habituelle des paralytiques, qu'il oppose avec raison à l'orgueil méchant, au caractère agressif de la plupart des fous circulaires. Cette remarque est parfaitement juste et peut servir à formuler le diagnostic. Cependant le mieux est d'attendre l'évolution de la maladie, et quand on voit se dessiner la courbe caractéristique de la folie alternante, les doutes se dissipent aisément.

N'oublions pas toutefois qu'il existe une forme alternante ou circulaire de la paralysie générale ; mais elle se distingue de la vraie folie circulaire, par une tendance manifeste vers la démence ; tandis que les circulaires peuvent traverser des crises fréquemment répétées, sans subir aucune déchéance intellectuelle, les paralytiques tendent de plus en plus vers l'abolition des facultés. Enfin, la paralysie générale à double forme est toujours à courte période, ce qui suffit pour la distinguer au moins des formes prolongées de la folie circulaire.

(1) *L'Encéphale*, 25 décembre 1881.

Passons maintenant à une forme entièrement différente de délire ; je veux parler des actes impulsifs. Nous savons combien ces troubles de la volonté sont fréquents dans la paralysie générale. Comment distinguer les actes morbides qui relèvent de cette maladie, de ceux qui reconnaissent une origine différente? Deux éléments de diagnostic se présentent encore à nous : d'abord les antécédents du malade, ensuite la nature même de l'acte incriminé. Le paralytique, ici comme ailleurs, est toujours absurde ; il commet des indélicatesses, ou des actions répréhensibles, avec toute la maladresse d'un honnête homme, qui ne manque jamais de se faire prendre à son coup d'essai. C'était un paralytique qui volait une planche à un échafaudage ; c'était un paralytique qui se présentait chez M. de Rothschild pour toucher une traite fantastique, signée des noms de tous les généraux sous lesquels il avait servi ; c'était un paralytique enfin, qui, dans sa fureur génésique, essayait de violer la chienne de la maison. Ces crimes sont assurément des crimes, mais leur niaiserie les rattache à l'état psychologique de la paralysie générale. Mais, dira-t-on, les aliénés criminels sont souvent absurdes à leur tour, et plus d'une fois on les voit commettre des actions qui, pour être éminemment répréhensibles, n'en sont pas moins absolument insensées. Vous me permettrez de répondre que c'est déjà beaucoup de savoir qu'un criminel est aliéné ; on peut alors le placer dans des conditions favorables à l'observation, et la suite de sa maladie nous apprendra s'il était, ou non, paralytique.

Messieurs, j'en ai fini avec les vésanies, et je vais aborder le diagnostic des lésions organiques du cerveau qui peuvent simuler la paralysie générale.

L'épilepsie et la chorée, ces grandes névroses qui simulent quelquefois la maladie qui nous occupe, nous serviront de transition entre les vésanies proprement dites et les affections de nature organique.

Il peut paraître étrange qu'on ait à faire quelquefois le diagnostic entre l'épilepsie et la paralysie générale. On sait cependant que des crises épileptiformes accompagnent très souvent la maladie dans son évolution et surtout au cours de la deuxième période; mais quelquefois ces accidents sont précoces et se manifestent avant que la maladie ait acquis ses caractères distinctifs. L'embarras de l'observateur ne peut guère être, en pareil cas, de longue durée, car les crises épileptiformes ne tardent point à aggraver la situation du malade en imprimant une marche plus rapide à la maladie.

Quant à la chorée, on ne peut être tenté d'y songer que dans le cas où le tremblement paralytique présente un aspect absolument choréiforme; mais, comme dans le cas précédent, l'erreur ne saurait être de longue durée.

J'arrive aux grandes lésions en foyer de l'encéphale, à l'hémorrhagie et au ramollissement cérébral. Quand ces lésions déterminent une hémiplégie, l'erreur n'est guère possible, car les hémiplégies transitoires de la paralysie générale ne ressemblent guère aux troubles permanents et profonds qui résultent d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral. Mais dans les cas où ces lésions s'accompagnent de démence, sans produire aucune hémiplégie, elles peuvent ressembler de très près à la paralysie générale dite *sans aliénation*, d'autant plus qu'un léger embarras de la parole est fréquent en pareil cas. Cependant, une étude attentive permettra souvent d'éliminer de pareilles causes d'erreur. Dans l'hémorrhagie et le ramol-

lissement, s'il peut y avoir de l'embarras dans la parole, on ne trouve point le tremblement vermiculaire de la langue et des lèvres, qui est si caractéristique dans la paralysie générale. De plus, on rencontre souvent chez des sujets de cette espèce, soit de l'athéromasie, soit des affections du cœur, qui sont beaucoup moins communes chez les paralytiques généraux.

L'âge des sujets peut être également invoqué. La période classique de la paralysie générale couvre un espace de dix ans, de trente-cinq à quarante-cinq ans. Les lésions profondes du cerveau, dont nous venons de parler, se manifestent ordinairement à une époque plus avancée de la vie.

Enfin le mode de début, lorsqu'il est possible de le reconnaître, forme à l'observateur de précieux renseignements.

Les considérations qui viennent d'être développées, s'appliquent également aux tumeurs cérébrales. Ici le délire n'est point un symptôme habituel, mais on observe souvent un affaiblissement de l'intelligence, avec perte de la mémoire, qui peut faire songer à la paralysie générale sans aliénation, lorsqu'on observe certains symptômes physiques qui sont communs à l'une et à l'autre maladie. Tels sont : un léger embarras de la parole, une certaine difficulté de déglutition, de la céphalée et des accidents convulsifs.

Par contre, les tumeurs cérébrales sont caractérisées par certains symptômes qu'on ne trouve guère dans la paralysie générale. Nous citerons surtout les vomissements, les paralysies limitées, surtout à la face et aux muscles moteurs de l'œil ; enfin, l'amaurose, avec les lésions spéciales de la rétine que révèle l'ophthalmoscope.

Ajoutons enfin que les antécédents du malade doivent être interrogés. Souvent les tumeurs cérébrales reconnaissent pour cause un traumatisme, un coup sur la tête. Cette origine est beaucoup moins fréquente dans la paralysie générale. Il faut cependant reconnaître, avec M. Foville, qu'il est des cas où le diagnostic est absolument impossible.

La syphilis cérébrale peut donner lieu à un complexus symptomatique qui a été désigné sous le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique*.

Comme la plupart des lésions cérébrales organiques, lorsqu'elle emprunte le masque de la paralysie générale, c'est à la forme sans aliénation qu'elle ressemble le plus. Cependant, trois données capitales permettront d'éviter ici une erreur : d'abord les antécédents du sujet ; ensuite le strabisme, ou, pour mieux dire, les paralysies des muscles moteurs de l'œil ; enfin, et surtout, l'influence rapide du traitement. Toutes les fois, en effet, que le moindre doute peut exister à cet égard, un traitement antisyphilitique est absolument indiqué, ne fût-ce qu'à titre d'expérience.

On a dit aussi que l'âge du sujet pouvait servir de moyen de diagnostic. La syphilis est une affection de jeunesse, la paralysie générale frappe surtout l'âge mûr ; mais le critérium nous paraît infidèle, car la syphilis cérébrale est une manifestation tardive, et l'on n'est pas toujours puni immédiatement après avoir péché. Aussi, plus d'un homme ne paye-t-il définitivement ses dettes de jeunesse que dix, quinze ou vingt ans après les avoir contractées.

Ainsi donc, si nous voyons chez un homme de vingt ans des symptômes de paralysie générale, nous songerons peut-être à la syphilis ; mais à trente-cinq ans on est exposé

à l'une et l'autre maladie, et l'âge du sujet n'a plus aucune importance par rapport au diagnostic.

Il nous resterait à parler de l'encéphalopathie saturnine et de l'alcoolisme chronique ; mais ces sujets ont été déjà longuement traités dans mes leçons précédentes.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

SOMMAIRE. — Gravité extrême du pronostic de la paralysie générale. — Rémission. — Rechutes. — Possibilité de la guérison, surtout à la période prodromique. — Signification pronostique de certains phénomènes. — Excitation. — Amnésie. — Convulsions épileptiformes.

Traitement de la paralysie générale. — Importance d'un traitement précoce. — Faut-il séquestrer les malades ? — Traitement des paralytiques laissés en liberté. — Hygiène. — Traitement médical. — Révulsifs. — Hydrothérapie. — Eaux minérales. — Bains de mer. — Bains ordinaires. — Emissions sanguines. — Electricité. — Traitement pharmaceutique. — Mercure. — Iodure de potassium. — Sédatifs. — Opium. — Morphine. — Atropine. — Chloral. — Digitale. — Vératrine. — Fève de Calabar. — Ergotine. — Toniques, amers, ferrugineux. — Evacuants. — Vomitifs. — Tartre stibié. — Apomorphine. — Traitement des principales complications de la paralysie générale.

MESSIEURS,

Le diagnostic de *paralysie générale* semble toujours entraîner, lorsqu'il a été formulé, un arrêt de mort. Le pronostic, en effet, est tellement grave, les auteurs tellement unanimes pour considérer la maladie comme absolument incurable, qu'on ose à peine élever la voix pour jeter une note dissonante dans ce concert.

Cependant les rémissions, qui ont une si grande importance dans la marche de la maladie, peuvent être assez complètes et assez prolongées pour *simuler* au moins des guérisons.

Lorsqu'on voit un homme tombé presque dans la démence

paralytique ressaisir l'usage de ses facultés, perdre les convictions absurdes qui l'ont tyrannisé si longtemps, et reprendre ses occupations habituelles, lorsqu'en même temps la santé physique revient à son niveau primitif, lorsque, enfin, l'amélioration obtenue se maintient pendant plusieurs années, on est autorisé à dire que le malade est guéri.

Une rechute, survenant après une trêve aussi prolongée, pourrait à bon droit être considérée comme une invasion nouvelle.

Je connais personnellement deux hommes fort intelligents, qui, après avoir présenté tous les signes de la paralysie générale confirmée, sont revenus à une santé parfaite en apparence, et ont repris, depuis plusieurs années, leurs travaux ordinaires.

Dans un article fort intéressant sur les différentes espèces de rémissions qui surviennent dans la paralysie générale, M. Doutrebente a réuni plusieurs observations de *guérisons* ou de rémissions *complètes et durables* (1).

Enfin, dans un travail récent, M. D. Brunet admet la curabilité de la péricérébrite. (2)

Je m'arrête ici ; car, même en admettant que la guérison soit à la rigueur possible, il faut reconnaître que ce mode de terminaison est extrêmement insolite et que la plupart des malades sont voués à une mort certaine. C'est seulement dans la période prodromique, alors que les symptômes de la maladie ne se sont pas encore nettement déclarés, qu'il peut y avoir quelques chances d'une guérison complète, sauf dans les cas très exceptionnels dont nous venons de parler.

(1) *Annales médico-psychologiques*, mars 1878, p. 161.
(2) Même recueil, novembre 1882, p. 366.

D'une manière habituelle, les soins intelligents ont une influence favorable sur les rémissions et peuvent prolonger sensiblement la durée de l'existence.

Parmi les symptômes qui menacent les malades d'une mort rapide, il faut noter surtout l'excitation, lorsqu'elle persiste et tend à s'aggraver, au lieu de s'éteindre progressivement (1). Les formes dépressives sont moins graves, d'après M. Luys ; cependant les formes démentes primitives avec excitation sont fâcheuses à cause des troubles digestifs et de l'affaiblissement qui les accompagne.

M. Luys considère comme une condition favorable l'*amnésie* qui s'empare souvent d'un paralytique, et qui lui permet de s'acclimater facilement dans un asile, oubliant son existence antérieure et les affections qui s'y rattachent.

Enfin, il est à peine nécessaire de signaler l'extrême gravité de certaines complications, et en particulier des convulsions épileptiformes. Nous avons déjà insisté sur ce point.

Messieurs, il semble au premier abord que le *traitement* de la paralysie générale soit une entreprise vouée d'avance à un échec certain. On a tant insisté, et avec juste raison, sur l'extrême gravité du pronostic dans cette maladie, que tous les efforts de la médecine semblent frappés d'impuissance ; et l'on admettrait volontiers que le seul résultat des moyens les mieux combinés est d'atténuer les progrès du mal et d'en retarder plus ou moins la terminaison nécessairement fatale.

Nous avons vu cependant que le pronostic, dans certaines conditions, n'est point absolument désespéré. La plupart

(1) Luys, *Traité des maladies mentales*, 1881, p. 612.

des observateurs sont disposés à admettre que, dans sa période initiale, la maladie présente encore des chances de guérison, qui diminuent rapidement à mesure que l'évolution morbide se déroule, et disparaissent presque complètement à la période d'état.

Malheureusement, à la première période, le diagnostic est souvent difficile à formuler, et l'on perd un temps précieux avant d'instituer le traitement. On pourrait, sous ce rapport, comparer la paralysie générale à la phthisie pulmonaire, affection qui guérit certainement dans quelques cas, mais qui ne présente guère de chances favorables qu'à l'époque où le diagnostic est encore incertain. Lorsque toute hésitation a disparu, lorsque les signes de la maladie sont nettement accentués, la guérison est devenue presque impossible. Il en est de même pour la paralysie générale.

Mais, avant d'aborder l'étude du traitement de cette maladie, il est deux questions qu'il nous paraît indispensable d'aborder, et qui sont unies par les liens les plus intimes.

Faut-il isoler les malades? En d'autres termes, doit-on les placer dans un établissement spécial?

Lorsque le paralytique général est en liberté, quelles sont les habitudes de vie qui lui conviennent le mieux? Quelle est la ligne de conduite que nous devons lui prescrire ?

Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur cette partie du sujet.

Séquestration. — Occupons-nous d'abord de la question, toujours capitale, de la séquestration du malade. Les paralytiques généraux doivent-ils être placés dans des établissements spéciaux, ou bien peuvent-ils rester en liberté, pour subir un traitement à domicile?

S'il était possible d'interner dès le principe les malades de cette espèce, on leur rendrait un service éminent, non seulement au point de vue de leur santé, mais encore au point de vue de l'honneur et de la fortune. En effet, s'il est reconnu que c'est surtout à ses premiers débuts que la maladie est encore curable, il n'est pas moins certain que c'est à sa période initiale que se produisent ces actes répréhensibles, ces entreprises hasardeuses, ces dilapidations insensées, qui conduisent le malade à sa ruine, ou qui compromettent d'une manière irréparable sa réputation. Mais il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir l'internement pendant la durée de ce premier stade; le diagnostic n'est point assez ferme, et les préjugés de la famille ainsi que les habitudes de la société opposent des obstacles presque insurmontables à l'adoption de cette mesure salutaire.

A la période d'état, il devient évident pour tout le monde que l'internement du malade est une nécessité. C'est surtout à ce moment que nous voyons arriver les paralytiques généraux dans nos asiles; en d'autres termes, ils sont confiés à nos soins au moment où leur intelligence tombe déjà en ruine; l'internement est alors une mesure de précaution nécessaire, mais d'une efficacité bien douteuse au point de vue du traitement.

A la troisième période, quand le malade, ayant franchi les deux premiers stades de la maladie, commence à verser dans la démence, il pourrait sans inconvénient être rendu à sa famille; mais c'est surtout alors qu'on se refuse à le reprendre, par des raisons dont nous avons déjà parlé.

Sortie. — Pendant les périodes de rémission, le malade doit-il être rendu à la liberté?

Il convient d'user ici de la plus grande prudence, en

raison de la fragilité de ces guérisons apparentes. Si cependant l'amélioration se maintient pendant un assez long espace de temps, si, surtout, les facultés intellectuelles paraissent avoir repris leur équilibre, il peut être utile à la santé physique et morale du malade de le replacer dans les conditions normales de la vie.

Hygiène. — Le paralytique en liberté doit user des plus grandes précautions, et l'on doit lui conseiller d'éviter toutes les causes de fatigue et de surexcitation. Toujours porté à l'exubérance, à l'activité physique et morale, aux excès de toute espèce, il doit (dans la mesure du possible) réagir contre cette tendance ; il ne faut point lui conseiller les distractions, le théâtre, les voyages lointains : il faut au contraire circonscrire son activité dans d'étroites limites, lui imposer le repos intellectuel, le soustraire à la fatigue physique, lui interdire les travaux qui congestionnent les centres nerveux, le soustraire à l'action de la chaleur : on sait en effet que l'insolation (surtout dans les pays chauds) et les hautes températures auxquelles beaucoup d'ouvriers sont exposés, ont à cet égard une influence déplorable.

A l'intérieur des asiles, on doit surveiller la température des chambres où se tiennent les malades, et ne jamais souffrir qu'elle dépasse 15 à 18 degrés centigrades.

Il faut enfin, tout en donnant au malade une alimentation substantielle, le garantir contre sa propre voracité et lui interdire les excès alcooliques.

Mais qui ne voit combien il est difficile, en dehors des murs d'un asile, de faire observer de pareilles règles? Elles s'appliquent surtout aux paralytiques en état de rémission, qui ont gagné, en quelque sorte, par une amélioration sérieuse, le droit de vivre en liberté. Quant aux paralytiques

à la période de début, il sera difficile de les garantir contre leurs propres écarts, et l'on ne doit pas toujours s'attendre à trouver dans la famille et dans l'entourage un appui bien efficace à cet égard.

Traitement médical. — Comme nous l'avons déjà dit (p. 445), nous comprenons sous ce titre les moyens destinés à exercer une action physique sur le malade, et qui cependant ne rentrent pas dans la catégorie des médicaments.

Dans cet ordre d'idées, la première place appartient aux révulsifs. Le séton à la nuque préconisé par M. Baillarger; la cautérisation ponctuée, à la région cervicale postérieure; le même traitement appliqué le long de la colonne vertébrale, dans les cas où les fonctions de la moelle épinière sont compromises; enfin, à un rang très inférieur, les vésicatoires, les applications irritantes sur le cuir chevelu (pommade stibiée), ont donné souvent de bons résultats; et bien que jamais, à ma connaissance, une guérison n'ait été obtenue par de tels moyens, des améliorations, des rémissions soutenues et prolongées en ont été souvent le résultat, surtout dans les formes congestives de la maladie.

Nous n'en dirons pas autant de l'hydrothérapie, qu'on prescrit d'une manière un peu banale dans toutes les maladies du système nerveux. Après en avoir fait consciencieusement l'essai, nous sommes fondé à dire que ses effets utiles sont absolument nuls, et qu'elle peut souvent avoir des conséquences nuisibles, en raison de la facilité avec laquelle les sujets paralytiques contractent des maladies des voies respiratoires.

Les eaux minérales, les bains de mer, qui sont souvent prescrits aux paralytiques dans les premières périodes de leur

affection, ont une influence incontestablement nuisible.

Quant aux bains ordinaires, si justement appréciés dans le traitement de la folie, ils sont ici d'une utilité pour le moins contestable.

Emissions sanguines. — La paralysie générale est, au moins dans la plupart de ses formes, une maladie éminemment congestive. On comprend donc, théoriquement du moins, l'utilité de la saignée, surtout au début. Nous sommes loin de contester les avantages de cette méthode, mais nous pensons qu'elle ne doit être appliquée qu'aux cas typiques, et avec la plus grande réserve. C'est surtout aux accidents congestifs, si fréquents dans la paralysie générale, que peuvent convenir les évacuations sanguines. Elles doivent être peu abondantes et souvent répétées. Comme procédé opératoire, nous préférons les applications de sangsues à la phlébotomie, recommandée par M. A. Voisin.

Electricité. — L'emploi de l'électricité a été conseillé par Hitzig, Arndt et Newth. On fait habituellement usage du courant galvanique et on agit sur la moelle épinière en plaçant le pôle négatif sur la nuque et le pôle positif sur l'une des extrémités.

Hitzig, qui dirige le courant plus spécialement sur la portion cervicale de l'axe spinal, prétend avoir considérablement amendé, par ce moyen, les troubles de la parole. D'autres observateurs (Mendel) ont été moins heureux. Je dois avouer que je n'ai jamais obtenu, chez aucun des sujets que j'ai traités, la moindre amélioration par l'emploi des courants galvaniques.

Traitement pharmaceutique. — Il n'existe évidemment aucun spécifique contre la paralysie générale ; et nous

sommes absolument opposés à l'emploi du traitement antisyphilitique qui a été indistinctement appliqué à tous les cas de paralysie générale, sous l'empire de certaines préoccupations théoriques.

Le mercure, en effet, nous paraît absolument contre-indiqué chez ces malades. Mais, au contraire, l'iodure de potassium, quand il est bien supporté, donne souvent de bons résultats : son efficacité, bien entendu, ne dépend en rien de l'existence préalable d'une maladie syphilitique. Pour mieux faire tolérer ce médicament, nous ne dépassons jamais la dose de 1 gramme par jour, au maximum ; nous le combinons volontiers aux bromures alcalins, surtout dans les cas où il existe une certaine agitation.

Les sédatifs, l'opium et ses dérivés, la vératrine, l'hyoscyamine et le chloral ont souvent joué un rôle important dans le traitement de la paralysie générale.

L'opium a presque entièrement cédé la place à la morphine, qui s'emploie le plus souvent sous la forme d'injections hypodermiques. Si ce moyen donne quelquefois de bons résultats chez les paralytiques agités, il ne saurait être recommandé comme remède habituel.

On associe quelquefois (Beigel et Claus) l'atropine à la morphine, pour combattre l'action nauséeuse du second de ces deux alcaloïdes.

Le chloral, à la dose de 2 à 6 grammes, est souvent utile dans le cas d'agitation violente. Il est quelquefois administré en injections sous-cutanées, mais ce moyen de traitement est extrêmement douloureux et peut donner lieu à des ulcérations de la peau. Par contre, les lavements de chloral sont très bien supportés.

On sait que l'action hypnotique et sédative du chloral devient excessivement énergique, quand il est associé aux

injections hypodermiques de morphine. C'est seulement dans les cas d'agitation très intense que ce double traitement peut être employé.

C'est également chez les paralytiques agités que la digitale a été préconisée par Bigot et par Mickle.

Chez les sujets dont la maladie suit paisiblement son cours, on a recommandé la vératrine (Mickle), la fève de Calabar (Thompson, Browne) et l'ergotine (Mann, Toselli). L'efficacité de ces remèdes est au moins douteuse.

Chez les sujets anémiques ou débilités, les toniques amers, la gentiane et les ferrugineux sont nettement indiqués. D'après Mickle, le perchlorure de fer serait, chez les paralytiques généraux, la meilleure de toutes les préparations ferrugineuses.

Enfin, les évacuants sont très souvent indiqués dans le traitement de la paralysie générale.

Il faut absolument proscrire les doses élevées de tartre stibié, autrefois recommandées par certains auteurs. Mais, quand il existe un état saburral des premières voies, un vomitif administré par la bouche peut quelquefois faire cesser l'agitation et ramener le sommeil.

Chez les sujets indociles, une injection d'apomorphine peut remplir les mêmes indications.

Quant aux purgatifs, leur utilité est manifeste. Ils servent d'abord à combattre la constipation, car dans la paralysie générale il est d'une haute importance de maintenir la régularité des fonctions alvines; ils servent ensuite à entretenir une révulsion modérée du côté du tube intestinal, et à contrebalancer ainsi la tendance aux congestions qui se rencontre chez la plupart des paralytiques généraux.

Mais il ne faut point abuser des purgations, car la diar-

rhée, lorsqu'elle s'établit, est l'une des complications les plus fâcheuses de la maladie.

Complications. — Nous venons d'étudier les principaux moyens de traitement qui peuvent être mis en usage, et nous avons vu que si, d'une manière générale, leur utilité est incontestable, ils ne valent que par leur ensemble.

Nous allons maintenant nous occuper du traitement des principales complications de la paralysie générale.

Convulsions épileptiformes. — Les bromures alcalins, associés ou non au chloral, ont été préconisés. On peut aussi faire usage des applications réfrigérantes sur la tête. Mickle recommande d'administrer les médicaments par le rectum, si le malade ne peut pas les avaler. Mendel conseille au contraire de s'abstenir de toute médication pendant la durée des accès.

Accidents apoplectiformes. — Les purgatifs, les applications froides sur la tête, les émissions sanguines, ont été préconisés; mais leur utilité est au moins douteuse, car rien ne prouve qu'une congestion, qu'une hypérémie est la cause des troubles observés. Il s'agit souvent d'une ischémie, d'un œdème cérébral, et dans ce cas les moyens destinés à combattre une congestion pourraient avoir des effets nuisibles.

On peut donc, en attendant la fin de l'accès, se contenter de promener des sinapismes sur les membres et d'employer avec discrétion d'autres moyens révulsifs. Il convient aussi de maintenir la tête dans une position élevée.

Décubitus, eschares au sacrum. — Autant que possible, on doit prévenir ces accidents, chez les sujets alités, par une grande propreté, par le matelas d'eau et par l'usage fréquemment répété de la poudre de talc.

M. le professeur Brown-Sequard a conseillé contre les eschares d'origine spinale un mode de traitement qui pourrait être applicable à ces mêmes lésions dans la paralysie générale; il s'agit d'applications locales alternativement chaudes et froides : on commence par le sac de glace qu'on laisse pendant huit ou dix minutes, puis on le remplace par un cataplasme très chaud qu'on laisse pendant une heure ou deux. On répète ces applications alternatives jusqu'au moment où le danger paraît conjuré.

Une fois l'eschare formée, il convient de la traiter par les désinfectants et par les autres moyens employés dans les lésions de ce genre, quelle qu'en soit l'origine.

Si l'emploi des moyens de traitement que nous venons d'indiquer ne peut que bien rarement amener la guérison, il a du moins l'avantage incontestable de prolonger considérablement la vie des malades et de leur procurer des rémissions souvent très prolongées.

Messieurs, la rapide esquisse de la paralysie générale que nous venons de tracer ne saurait avoir la prétention de résumer tous les documents accumulés par un travail de plus de cinquante années. Permettez-moi donc de renvoyer ceux d'entre vous qui désirent, sur cet inépuisable sujet, de plus amples détails, aux monographies de Mendel, de Mickle et de M. Voisin, et à l'excellent article publié par M. Foville dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

DES FOLIES MORPHOLOGIQUES (1).
DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ.

SOMMAIRE. — Définition de l'idiotie. — Degrés qu'elle comporte. — Idiots, imbéciles, faibles d'esprit. — Classification des idiots d'après Esquirol. — Ses défauts. — Division des idiots en automatiques et en spontanés. — Origines de l'idiotie : congénitale ou acquise. — Aspects extérieurs. — Crâne. — Face. — Dentition. — Main. — Troubles somatiques divers. — Amblyopie. — Amaurose. — Surdité. — Perte du goût et de l'odorat. — Strabisme. — Bégaiement. — Contractures. — Paralysies. — Névroses. — Convulsions. — Lésions de la moelle épinière. — Perte de l'excitabilité électrique. — Fonctions génitales. — Idiotie complète. Idiotie incomplète. — Fractions d'intelligence. — Habileté manuelle. — Sentiments affectifs. — Imbéciles.

Lésions anatomiques. — Forme et volume du crâne. — Rachitisme. — Hydrocéphalie. — Microcéphalie. — Epaisseur des parois du crâne. — Ossification prématurée des sutures. — Cerveau. — Circonvolutions. — Parties profondes. — Histologie. — Cellules idiotes. — Lésions pathologiques diverses. — Vices de conformation divers.

Causes de l'idiotie. — Idiotie congénitale. — Idiotie acquise.

Diagnostic de l'idiotie. — Traitement. — Soins hygiéniques. — Education des idiots.

Phénomènes psychiques.

MESSIEURS,

Les déviations de l'intelligence dans l'infinie variété de formes qu'elles peuvent affecter ont été jusqu'à présent l'objet de nos études. Nous allons aborder aujourd'hui une question entièrement différente. Il s'agit de ces arrêts de

(1) Il est bien entendu que nous employons ici le mot *folie* dans le sens d'aliénation mentale.

développement qui, mettant un obstacle absolu au progrès de l'esprit, constituent une infirmité psychologique presque toujours consécutive à des malformations congénitales dont les causes anatomiques se manifestent avec une telle évidence, qu'elles s'imposent directement à notre attention.

L'idiotie et le crétinisme représentent les deux grands types sous lesquels on range habituellement les divers membres de cette grande famille des déshérités de l'intelligence. On donne le nom d'imbéciles à des sujets placés dans des conditions identiques, quant au fond, à celles des idiots, mais chez qui le défaut d'organisation de l'intelligence est beaucoup moins accentué.

« L'idiotie, dit Esquirol, n'est pas une maladie. C'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées..... L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. »

La justesse de cette définition est universellement reconnue. Bien différent des aliénés proprement dits, l'idiot n'offre point de troubles intellectuels, car chez lui la pensée est absente; ce n'est point une perversion, ce n'est point une abolition de l'intelligence; c'est une privation plus ou moins absolue des facultés intellectuelles, par suite d'un vice de conformation, d'une atrophie des organes correspondants. Et cependant il existe, entre ces deux états si profondément différents, des rapports étroits de parenté, car la folie chez les parents est une cause fréquente d'idiotie chez les enfants.

Dans cet abaissement profond de l'intelligence, il existe des degrés; on les a diversement établis, mais naturellement ici l'on est forcé d'abandonner une très large place à l'arbi-

traire. Comme le dit Spielmann, chaque idiot représente un type spécial et mérite d'être étudié séparément.

Il est donc très facile de multiplier indéfiniment les classes et les divisions, mais on admet généralement l'échelle établie par Morel. Au dernier rang il place les *idiots*, au second les *imbéciles*, au premier, par ordre de mérite, les *faibles d'esprit*. Cette dernière expression est souvent appliquée à des sujets qui, même en présentant des facultés intellectuelles assez distinguées, manquent de jugement et ne savent point diriger leur vie. Il serait préférable d'abandonner ce terme, qui manque de précision. Nous ne parlerons donc ici que des imbéciles et des idiots. Mais chez ces derniers même il existe des degrés divers. Esquirol les classe d'après la faculté de langage, qui est plus ou moins complètement abolie ou conservée chez eux. Dans la première classe le sujet a conservé quelques mots et peut quelquefois dire de courtes phrases ; dans la seconde classe, tout se borne à des cris inarticulés ; dans la troisième enfin, l'expression vocale est totalement abolie ; il n'y a rien, pas même un cri.

Cette classification est trop arbitraire et pourrait être facilement critiquée. Elle repose sur une base trop exclusive. En effet, chez les animaux la faculté d'expression vocale est loin de mesurer l'intelligence. Nous voyons que les oiseaux, surtout chez certaines familles, possèdent une faculté très étendue de vocalisation, qui peut aller quelquefois jusqu'à rivaliser avec la parole humaine. Au contraire, l'éléphant, dont l'intelligence est infiniment supérieure à celle des oiseaux, ne possède qu'un seul cri monotone et strident.

N'en est-il pas de même chez l'homme, et lorsque l'on s'adresse aux déshérités qui ont perdu la plus grande

partie de leur patrimoine intellectuel, ne peut-on pas souvent rencontrer des sujets qui possèdent encore un certain degré d'intelligence, alors que la faculté d'expression par la parole a complètement sombré ?

J'aime donc mieux adopter pour les idiots la division classique, en automatiques et en spontanés. Les premiers, réduits à l'état de machine, ne jouissent guère que de la vie végétative ; les seconds ont conservé quelques parcelles d'intelligence et manifestent une volonté propre. Ils peuvent offrir, d'ailleurs, au point de vue de leur développement, de très grandes différences, et, sous ce rapport, le point de départ de leur état cérébral mérite d'être pris en considération.

L'idiotie est le plus souvent congénitale ; cependant elle peut se développer par suite de maladies diverses pendant une longue période de l'évolution, depuis la naissance jusqu'à six ou sept ans.

Les idiots présentent, dans leur aspect extérieur, les stigmates évidents de leur dégénérescence. Le crâne est difforme, quelquefois volumineux (hydrocéphalie), d'autres fois rétréci (microcéphalie) ; la figure est stupide et sans expression, et le plus souvent des irrégularités notables en marquent les traits. Des grimaces, des rides prématurées, des tics nerveux, viennent augmenter la laideur primitive de leur physionomie. Plusieurs d'entre eux sont atteints de strabisme, et l'on rencontre souvent chez ces sujets cette inégalité des deux moitiés de la face que M. Lasègue a très heureusement désignée sous le nom de strabisme facial. La partie inférieure de la figure offre surtout un aspect bestial : la bouche est largement fendue, les lèvres sont difformes et épaissies ; la langue, souvent volumineuse et gênée pour ainsi dire dans la cavité qui l'enferme, s'é-

chappe à travers les arcades dentaires; les dents sont mal construites et presque toujours la dentition est incomplète et ravagée par la carie. Chez plusieurs sujets la seconde dentition ne s'est jamais effectuée; ils n'ont que des dents de lait. Le menton est fuyant, la mâchoire inférieure souvent peu développée, enfin les oreilles présentent ces déformations caractéristiques, que Morel considérait comme l'un des meilleurs signes de la dégénérescence héréditaire; le pavillon est mal développé, le lobule manque souvent, les bords sont irréguliers, festonnés, ou manquent complètement.

On rencontre souvent chez ces sujets des déformations du tronc et des membres. Ils ont quelquefois des déviations de la colonne vertébrale. Ils ont souvent un pied bot ou des contractures qui leur déforment les membres. Enfin, dans bien des cas la main de l'idiot est très incomplètement développée, bien que l'on ait exagéré l'importance de ce caractère (1).

Les troubles somatiques dont les idiots peuvent être affectés sont extrêmement nombreux. Les fonctions sensorielles sont très souvent affectées chez eux. Les sens spéciaux sont les premiers à souffrir.

L'amblyopie et même l'amaurose sont fréquentes chez eux. Ces troubles s'expliquent tantôt par de la rétinite pigmentaire, tantôt par une atrophie plus ou moins complète de la rétine et des nerfs optiques, tantôt, enfin, par

(1) Feu le professeur Hirtz (de Strasbourg) se plaisait à décrire dans ses cours la *main idiote*, en regardant sa propre main, puis à la fin de sa description il s'écriait avec un air de surprise : « Qu'ai-je fait ?... c'est ma propre main que je viens de décrire. » Par cette plaisanterie un peu forcée, il visait les exagérations des auteurs qui incriminent au point de vue morphologique les caractères les plus communs.

des vices de conformation cérébrale qui semblent frapper la fonction même à son point d'arrivée.

La surdité est fréquente aussi ; elle s'explique quelquefois par des lésions du rocher ou des vices de conformation de l'oreille interne, mais elle relève plus souvent encore de certains vices de conformation cérébrale.

Signalons enfin la perte du goût et de l'odorat et l'anesthésie cutanée, qui peut être totale ou partielle.

Parmi les troubles de la motilité, nous avons déjà signalé le strabisme. Nous y joindrons le bégaiement, qui s'observe chez beaucoup d'idiots capables de parler. L'un et l'autre symptôme semblent se rattacher à une lésion du bulbe.

Les contractures et les paralysies sont extrêmement communes : beaucoup d'idiots ne peuvent ni marcher ni se tenir debout. Mais l'étendue des lésions n'est point toujours aussi grande et l'on observe souvent des paralysies partielles limitées à un membre, et des atrophies musculaires portant tantôt sur un muscle isolé, tantôt sur certains groupes de muscles.

Rien n'est plus commun d'ailleurs que de voir les grandes névroses convulsives venir compliquer l'idiotie. L'épilepsie et la chorée s'observent très souvent chez les sujets de cette espèce ; ils peuvent être atteints aussi de diverses affections chroniques de la moelle épinière, et parmi les nombreux symptômes auxquels peuvent donner lieu de pareilles lésions, nous signalerons un affaiblissement marqué de l'excitabilité électrique.

Les fonctions génitales sont habituellement affaiblies chez les idiots ; ils sont frappés d'impuissance et de stérilité et beaucoup d'idiotes n'ont jamais été menstruées. Il semble que la nature ait voulu prendre contre la reproduction de ces types difformes des précautions salutaires. Et cependant

il n'en est pas toujours ainsi. On voit certains idiots se livrer avec frénésie à la masturbation ; on voit certaines idiotes, surprises par des hommes qui ont abusé de leur faiblesse intellectuelle, devenir enceintes et accoucher régulièrement.

Nous ne croyons point devoir insister davantage sur le côté purement physique de l'idiotie. Abordons l'étude des phénomènes psychiques. Chez les idiots complets ou automatiques, il n'existe aucune espèce de spontanéité et l'absence presque totale de l'intelligence n'est point remplacée par cette mystérieuse faculté qu'on appelle l'instinct. Non seulement il leur est impossible de vouloir, mais ils ne songent même pas à satisfaire les besoins physiques de la vie. Il faut les nourrir, nous avons presque dit les gaver. En effet, semblables aux pigeons sans cervelle, ils sont incapables d'absorber leur nourriture, si on ne la leur ingurgite pas. Ils vivent dans la malpropreté la plus absolue et se livrent à des mouvements automatiques accompagnés quelquefois de cris bizarres. J'ai vu dans le service de M. Moreau (de Tours) une jeune idiote qui passait complètement son temps à se balancer d'avant en arrière en répétant toujours le même cri : « Hé, hé, hé ! Bé, bé, bé. » Le sommeil venait interrompre ses exercices qui recommençaient immédiatement au réveil.

L'idiotie portée à ce degré n'est point compatible avec une durée normale de l'existence. Les sujets de cette espèce meurent presque tous jeunes, et il est extrêmement rare de les voir dépasser l'âge de trente ans.

L'idiotie complète, absolue, automatique, ne se traduit guère au point de vue psychologique que par des faits négatifs.

L'idiotie moins complète, moins absolue, et qui laisse

aux facultés un certain degré d'activité, ne se prête guère à une description d'ensemble. On voit, en effet, chez certains idiots, persister à un degré remarquable des fractions d'intelligence, si je puis m'exprimer ainsi. Chez les uns c'est l'instinct musical qui subsiste, et quelquefois à un degré surprenant. Chez d'autres, on rencontre une grande habileté de calcul; ils ont, comme on dit vulgairement, la bosse des nombres. Chez d'autres, enfin, il existe une assez grande habileté manuelle, qui leur permet d'exécuter certains travaux. Griesinger rapporte le fait suivant : pendant une visite à l'établissement d'Earlswood, en Angleterre, il vit un modèle très bien fait d'un vaisseau de guerre exécuté par un jeune homme plongé d'ailleurs dans un état profond de dégradation intellectuelle. Les notions les plus élémentaires lui manquaient absolument, et malgré tout, il lui restait, comme on le voit par cet exemple, certaines facultés d'imitation, de conception et d'exécution.

D'après Ireland, les idiots des villes sont moins dégradés que ceux des campagnes au point de vue intellectuel, ce qui tient sans doute à la différence des milieux où ils ont vécu. Cette observation ne peut, d'ailleurs, s'appliquer qu'aux idiots partiels et non à ceux dont la dégradation est absolue.

Enfin les sentiments affectifs chez certains idiots peuvent survivre à la disparition presque complète de l'intelligence. Beaucoup de ces sujets s'attachent d'une manière touchante à leur mère, à un frère, à une sœur, aux personnes qui leur donnent des soins. Par contre, on voit souvent chez eux des instincts absolument pervers. Ils sont portés d'instinct à tous les vices, à l'homicide, à la sodomie, au vol, à la gloutonnerie et surtout à des colères irréfléchies qui les portent à se précipiter sur tout ce qui les entoure.

Lorsqu'il existe un degré plus élevé d'intelligence, on donne le nom d'imbéciles aux sujets qui, tout en restant infiniment au-dessous de la moyenne, possèdent cependant quelques capacités. Notons d'abord la faculté du langage, qui leur permet d'exprimer leurs idées et d'entrer en relations avec leurs semblables. Notons aussi le développement de la mémoire, qui peut atteindre un degré très élevé chez certains d'entre eux. J'ai vu un imbécile à l'asile de Blois qui connaissait par cœur la biographie de tous les évêques et archevêques de France ; il suffisait de prononcer devant lui le nom d'un prélat pour qu'immédiatement il indiquât son âge, son lieu de naissance, les diverses étapes qu'il avait successivement parcourues, enfin, la date exacte de sa promotion. C'est ici que se rencontrent surtout des intelligences pourvues d'une seule faculté, dont le relief est d'autant plus grand que les autres paraissent manquer absolument. C'est ici qu'on trouve les musiciens, les mathématiciens et les linguistes qui en dehors de leurs exercices ne comprennent absolument rien. C'est à cette catégorie qu'appartenait sans doute ce jeune homme qui lisait Homère en grec et le traduisait fort correctement, mais qui, lorsqu'on lui demandait ce qu'il pensait du caractère d'Andromaque, répondait : « Andromaque, cela signifie un combat d'hommes. »

Parmi les imbéciles, il en est beaucoup qui sont capables d'exercer certains métiers et de remplir des fonctions qui ne comportent pas une grande portée intellectuelle. Mais, on le comprend, il existe à cet égard des degrés encore plus variés que dans l'idiotie.

Un dernier trait achèvera de peindre les imbéciles : ils sont capables de verser dans l'aliénation mentale, et la forme dont ils sont le plus souvent affectés est la lypémanie. Ils

éprouvent presque toujours alors une rapide déchéance intellectuelle, et lorsqu'ils sortent de leur délire, c'est avec un amoindrissement évident de leurs pauvres facultés.

Si les imbéciles diffèrent des idiots sous le rapport intellectuel, ils en diffèrent encore bien davantage par l'état physique. Ils sont, en général, bien conformés, leur taille est élevée, leur vigueur considérable et leur physionomie est souvent agréable.

Chez les femmes, on rencontre quelquefois une véritable beauté; nous avons, en ce moment, à la Clinique, deux jeunes filles imbéciles et qui peuvent passer pour très jolies. C'est ce qui explique pourquoi ces femmes trouvent assez souvent des maris qui se contentent d'un médiocre développement d'intelligence, pourvu que le physique soit à leur gré.

Les imbéciles jouissent généralement d'une bonne santé et ne sont pas plus exposés à la mortalité que les sujets du même âge.

Passons maintenant à l'étude des lésions anatomiques qui nous donnent la clef de l'idiotie et le point de départ de ces déchéances intellectuelles que nous venons de décrire.

L'idiotie est un arrêt de développement et l'on doit s'attendre, par conséquent, à trouver dans le cerveau des idiots toute une série d'imperfections diverses. Il n'y a pas ici de type absolu, mais on rencontre une série de lacunes, de points atrophiés, de vices de conformation dont la gravité peut varier dans des proportions énormes. Quant au rôle qui revient ici aux accidents pathologiques proprement dits, nous en ferons l'objet d'une discussion spéciale.

Forme et volume du crâne. — Presque toujours le crâne des idiots offre une forme défectueuse. D'une manière

générale, on constate chez eux une faible capacité. L'épaisseur des parois, l'aplatissement de l'écaille occipitale et l'ossification prématurée de certaines sutures, principalement de la lambdoïde, paraissent en être les causes principales. Gratiolet d'abord et plus tard Virchow et Carl Vogt ont montré l'importance de cette lésion au point de vue de l'arrêt de développement du cerveau. On sait, d'ailleurs, que chez les races inférieures de l'humanité l'ossification des sutures se produit bien plus tôt que chez les races supérieures, de même que chez le singe cette ossification est beaucoup plus précoce que chez l'homme.

Aussi, chez les races plus ou moins sauvages, chez les Australiens, par exemple, l'intelligence des jeunes enfants paraît souvent assez vive et semble promettre un certain développement; mais, arrivés à un certain âge, ces sujets ne font plus de progrès et subissent même un retour en arrière.

Tel est du moins le témoignage unanime de ceux qui se sont occupés de leur éducation.

Pour moi, j'admets parfaitement l'influence que l'ossification prématurée des sutures peut exercer sur le développement encéphalique; mais dans la plupart des cas, si le crâne s'ossifie trop tôt, c'est parce qu'il renferme un cerveau qui n'a nulle envie de se développer. Broca a décrit des crânes de microcéphales dont les sutures étaient parfaitement libres. Ce n'était donc pas le crâne qui avait mis obstacle à l'expansion du cerveau; c'était un vice primordial qui avait attaqué l'évolution de l'organe en le coupant pour ainsi dire par la racine. Et cela est tellement vrai, qu'il existe d'autres faits qui viennent déposer en sens contraire. Le rachitisme peut affecter le crâne et l'état des parois; leur épaisseur, leur éburnation viennent témoigner de l'existence très réelle de cette maladie et rétrécir en même temps

la capacité de la boîte crânienne. Il faut évidemment deux mécanismes différents pour expliquer deux états aussi disparates, bien qu'en définitive le résultat soit toujours le même.

Dans l'hydrocéphalie nous voyons se produire, au contraire, un développement énorme du crâne. Cette apparence extérieure coïncide quelquefois avec l'hypertrophie du cerveau, mais plus souvent avec l'atrophie. L'espace considérable occupé par du liquide explique cette contradiction apparente.

On admet, en général, qu'un sujet est idiot lorsque la circonférence horizontale du crâne est au-dessous de 48 centimètres (Ducatte). Il en est de même quand la capacité crânienne est inférieure à 1150 centimètres cubes, ce qui serait au-dessous du chiffre normal présenté par les races humaines les plus inférieures.

Mais il faut tenir compte, comme l'a fort bien dit Gratiolet, de la question de type dans les races humaines. Un Hottentot peut être intelligent avec un crâne qui conviendrait presque à un idiot caucasique. D'ailleurs, les animaux, avec leur petite cervelle, sont capables, si je puis ainsi dire, de gagner leur vie. Ce sont donc des êtres complets. L'idiot, dans ses formes les plus dégradées, est un être inférieur aux animaux, car, abandonné à lui même, il périrait infailliblement.

De toutes les courbes que présente le crâne, c'est habituellement la courbe antéro-postérieure qui subit la diminution la plus prononcée, en raison de l'aplatissement de l'occipital. Cependant, nous retrouvons cette disposition chez les Basques et chez quelques races humaines qui présentent, à tous égards, un type normal au point de vue physique et psychologique. On voit donc que si l'aplatisse-

ment de l'occipital est une conséquence de l'atrophie du cerveau, cette disposition anatomique peut également résulter d'autres causes qui n'ont rien à démêler avec la pathologie.

L'épaisseur des parois du crâne mérite aussi d'être prise en très sérieuse considération. Chez la plupart des idiots, les parois du crâne sont plus dures et plus épaisses qu'à l'état normal, ce qui diminue notablement la capacité crânienne. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, on trouve les os du crâne amincis par places et offrant une très grande irrégularité sous le rapport de leur épaisseur. A la base du crâne, quand ces anomalies se produisent, il peut en résulter un rétrécissement marqué du trou occipital et des orifices artériels, ainsi que de ceux qui sont destinés au passage des gros troncs nerveux.

Les déformations du crâne influent à leur tour sur le développement de la face. La physionomie des idiots résulte très souvent du retrait que semblent éprouver les parties centrales en présence de l'ossification vicieuse des parties correspondantes de la boîte crânienne.

Virchow attribue à l'ossification prématurée des cartilages de la base du crâne cette déformation spéciale de la face qui caractérise les crétins des Alpes.

Quelle que soit la valeur de cette théorie, que nous aurons bientôt l'occasion de discuter en parlant du crétinisme, il est certain que plusieurs des défauts que présente la face chez les idiots se rattachent à des causes de cet ordre.

La disposition ogivale de la voûte palatine, qu'on observe si souvent chez les sujets de ce genre et chez les épileptiques, est une conséquence directe de ces malformations.

L. Mayer (1) a décrit sous le nom de *crania progenea*

(1) *Archiv für Psychiatrie*, etc , t. I, 1870.

certaines têtes de sujets faibles d'intelligence dans lesquelles le menton fait une saillie très prononcée et imprime à la face tout entière une conformation spéciale qui se relie, d'après cet auteur, à des malformations de la base du crâne et du cerveau.

Mais les irrégularités et les anomalies que présente la boîte extérieure ne sont en quelque sorte que les indices d'une conformation vicieuse de l'encéphale. C'est ici très incontestablement que se présentent les faits les plus significatifs et les plus importants au point de vue scientifique.

D'une manière habituelle le cerveau des idiots est beaucoup plus petit et moins lourd que celui des sujets normaux. On a évalué le poids moyen de leur cerveau à 1188 grammes pour les hommes adultes et 1057 pour les femmes, et souvent le chiffre tombe bien au-dessous de ces limites. Mais, par contre, on constate chez quelques sujets, exceptionnellement, il est vrai, une hypertrophie notable (1305 grammes, Baillarger). Il est probable qu'en pareil cas il s'agit d'un développement morbide de certaines parties de la trame encéphalique (1). On rencontre aussi en pareil cas un écart considérable entre le poids des deux lobes : la différence peut s'élever à 30 ou 40 grammes (Luys).

L'atrophie plus ou moins complète de certaines parties de l'encéphale est un fait assez commun dans l'idiotie ; elle peut porter sur les lobes antérieurs ou sur les lobes postérieurs, sur les circonvolutions cérébrales, enfin sur les parties profondes.

Les scissures, et en particulier la scissure de Sylvius, sont souvent très élargies. Les circonvolutions ont en géné-

(1) Le cerveau d'un imbécile que j'ai observé à Bicêtre, dans le service de M. Moreau (de Tours). pesait 1 495 grammes.

ral peu de relief. Elles sont quelquefois très aplaties et le cerveau présente alors l'aspect lisse qu'il offre à l'état normal chez les rongeurs.

D'après M. Luys, qui a étudié cette question avec un soin minutieux, c'est la *frontale ascendante* qui présente de la manière la plus manifeste les traces d'un arrêt de développement (1). Il va sans dire que dans la distribution de ces agénésies ou de ces atrophies partielles il règne la plus grande irrégularité.

Quant aux parties profondes, elles peuvent offrir des lacunes d'une importance vraiment capitale. C'est ainsi qu'on a constaté l'absence totale du corps calleux, l'absence ou l'atrophie des corps striés, l'absence des couches optiques.

Quelquefois c'est un hémisphère entier qui manque ; d'autres fois c'est un lobule. Enfin le bulbe lui-même peut offrir une diminution sensible dans son volume, ce qui coïncide habituellement avec un rétrécissement du trou occipital.

Le cervelet est souvent volumineux, du moins par rapport au poids et au volume du corps en général et de l'encéphale en particulier.

Il est très intéressant de signaler les atopies de substance grise, qui constituent de véritables fautes d'orthographe au point de vue morphologique et viennent apporter une preuve de plus à l'appui de la doctrine qui fait de l'idiotie le résultat d'un développement irrégulier, entravé ou retardé.

L'histologie du cerveau des idiots est encore à faire. Cependant quelques résultats paraissent déjà acquis à la science. M. Luys a démontré qu'il existe chez eux un arrêt de développement manifeste des vaisseaux de l'écorce corticale; non seulement leur nombre est extrêmement réduit,

(1) Luys, *Traité des maladies mentales*, 1881, p. 634.

mais leur structure même présente des irrégularités manifestes. La membrane périvasculaire peut manquer absolument; les vaisseaux, lors même qu'ils existent, peuvent être absolument imperméables.

On comprend qu'en présence de ces altérations, on doit s'attendre à rencontrer des lésions manifestes des cellules cérébrales : réduites en nombre et en volume, elles sont en plusieurs endroits en pleine dégénérescence, déchiquetées sur leurs bords, irrégulières dans leurs formes et souvent infiltrées de grains de pigment ou de sels calcaires. Ce sont là véritablement des *cellules idiotes*, suivant une expression que nous avons déjà empruntée à Maudsley.

La substance conjonctive qui forme la trame cérébrale est souvent développée à l'excès, par compensation, en quelque sorte, pour l'atrophie et la disparition des parties nobles de l'encéphale.

Ajoutons enfin que de vraies lésions pathologiques peuvent souvent exister dans le cerveau des idiots, soit qu'il s'agisse d'un rapport direct de cause à effet, soit au contraire qu'il s'agisse d'une affection intercurrente.

C'est ainsi qu'on rencontre chez ces sujets des méningites, des méningo-encéphalites, des hémorrhagies, des ramollissements, enfin la pathologie cérébrale presque tout entière.

Mais le cerveau n'est pas tout. Il nous reste à signaler très rapidement les vices de conformation ou les états morbides qui peuvent se rencontrer dans d'autres points du corps et qui viennent complèter le tableau.

On nous pardonnera d'abréger cette partie de notre description, que nous ne voudrions point allonger outre mesure.

On rencontre chez les idiots de nombreuses altérations de la face. Souvent elle est asymétrique, souvent elle est imparfaitement développée. Chez beaucoup de sujets la

mâchoire inférieure est fort petite et le menton très court. Griesinger compare certaines physionomies d'idiots au type de l'oiseau, et la ressemblance est assez frappante chez les microcéphales dont le frontal et l'occipital inclinés tous les deux viennent se rejoindre pour ainsi dire au sommet de la tête, tandis que la saillie du nez, le retrait du menton et l'étroitesse générale de la figure semblent dessiner un bec à la partie antérieure de la face.

Chez d'autres sujets, au contraire, on rencontre un type absolument opposé. Le visage est aplati, le nez est enfoncé, les mâchoires saillantes, et il existe un degré marqué de prognathisme. On attribue ce type à l'ossification prématurée de la base du crâne, qui dans la règle ne doit se faire qu'après la puberté. Lorsqu'elle est prématurée, il en résulte une sorte de mouvement de bascule qui, en déformant le sphénoïde, imprime à la face les caractères que nous venons de signaler.

Chez certains idiots, on constate une fissure de la voûte palatine et du voile du palais.

Nous avons déjà signalé les anomalies que présentent les oreilles et l'imperfection de la dentition.

Les idiots sont souvent rachitiques ; comme tels, ils peuvent présenter des déformations extrêmement accentuées de la colonne vertébrale, et même chez ceux qui ne méritent point l'épithète de bossus, il existe souvent une courbure exagérée de la taille.

Nous avons vu que plusieurs idiots sont paralytiques. C'est qu'en effet la moelle épinière est souvent le siège de lésions diverses, les unes congénitales, les autres acquises.

Signalons enfin l'atrophie très commune des organes génitaux et l'état particulier des mains. Elles sont habituelle-

ment grêles et allongées. On y remarque souvent un défaut de développement du pouce, qui est remarquablement court par rapport aux autres doigts. On y constate l'atrophie de plusieurs groupes musculaires, et en dehors des lésions anatomiques, une maladresse, un défaut d'habileté qui constitue l'un des meilleurs caractères symptomatiques de l'idiotie et qui relève évidemment d'un vice cérébral.

Contrairement au tableau que nous venons de tracer, il existe, ne l'oublions pas, des idiots bien conformés au point de vue physique et qui, sauf la tête, pourraient presque être considérés comme beaux. C'est surtout chez les imbéciles que se rencontrent ces avantages corporels ; mais on peut aussi les rencontrer, exceptionnellement, il est vrai, chez des sujets dont les facultés intellectuelles se trouvent au niveau le plus inférieur.

Les causes de l'idiotie sont extrêmement nombreuses. Le plus souvent congénitale, l'idiotie peut être acquise. On l'attribue quelquefois à des accouchements difficiles dans lesquels la tête de l'enfant a souffert d'une compression prolongée ou a été violentée par le forceps. On voit aussi se produire un affaissement incurable des facultés intellectuelles chez de jeunes enfants, à la suite de maladies diverses parmi lesquelles les pyrexies et surtout la fièvre typhoïde jouent le premier rôle, et surtout après les *convulsions*, qui peuvent être symptomatiques d'une méningite ou de quelque autre processus morbide obscur dont l'encéphale est devenu le siège. On admet aussi que les coups, les chutes, les émotions et les frayeurs violentes peuvent arrêter brusquement chez les jeunes enfants le développement de l'intelligence. Au reste, ces causes diverses ne peuvent amener l'idiotie qu'à la condition d'agir de très bonne heure et dans les premières années de la vie. Il s'agit, en

effet, d'un arrêt de développement et non pas d'une maladie pouvant atteindre le cerveau déjà développé.

Quant à l'idiotie congénitale, elle reconnaît surtout pour cause l'hérédité : elle se rencontre chez des épileptiques, chez des idiots, puisqu'ils peuvent se reproduire et que leurs enfants sont souvent frappés d'idiotie congénitale. La syphilis, l'alcoolisme, les excès vénériens sont également au nombre des origines pathogéniques qui peuvent être invoquées ici. Il s'agit alors d'une évolution viciée dans son principe ; mais les maladies qui atteignent la mère pendant la vie intra-utérine de l'enfant peuvent également influer sur le développement cérébral du fœtus. Voilà pourquoi les maladies diverses qui peuvent atteindre une femme pendant sa grossesse, mais surtout les chagrins, les émotions, les frayeurs, ont toujours passé à juste titre pour exercer une influence des plus pernicieuses sur le produit de la conception.

Est-il nécessaire d'établir le diagnostic de l'idiotie? Cette question peut quelquefois se poser aux praticiens lorsqu'il s'agit d'apprécier l'état intellectuel d'un très jeune enfant. Indépendamment des difformités crâniennes et des troubles fonctionnels que nous avons signalés, on remarque chez les petits idiots une indifférence profonde à tout ce qui les entoure. Leur physionomie impassible ne semble exprimer aucun sentiment. La maladresse de leurs mouvements dépasse la mesure habituelle. Toutes les manifestations de l'intelligence et surtout de la parole sont retardées, enfin leurs habitudes sont incurablement malpropres. En tenant compte de ces imperfections, on pourra généralement reconnaître l'idiotie même chez les jeunes sujets qui présentent une conformation régulière du crâne; mais il faut se rappeler que même en dehors de l'état pathologique certains enfants peuvent être retardés dans leur développement et

n'acquérir que très tard l'usage de la parole. Ils ne seront pas cependant des idiots. Il faut donc user d'une grande réserve quand les caractères extérieurs ne viennent pas imprimer au sujet le cachet indélébile de sa flétrissure intellectuelle.

Lorsqu'il s'agit d'enfants plus âgés, on peut jeter la sonde dans leur intelligence par un interrogatoire gradué dans lequel on s'élève progressivement des connaissances les plus élémentaires à des notions plus compliquées; mais les sujets auxquels s'appliquent de pareilles épreuves sont en général des imbéciles plus ou moins complets, mais non de véritables idiots.

L'hygiène, chez les idiots, doit attirer l'attention du médecin. Il faut surveiller leurs habitudes, modérer leur voracité, et surtout combattre cette tendance à la malpropreté qu'ils présentent presque tous à un degré excessif.

Le traitement de l'idiotie repose sur le développement systématique de toutes les fonctions qui paraissent sommeiller chez l'individu. Il faut développer à la fois la sensibilité, la motilité et l'intelligence. La gymnastique est ici d'un grand secours et l'on peut atteindre un degré vraiment élevé de développement grâce à des exercices méthodiques et gradués. J'ai vu dans divers établissements, et en particulier à la colonie de Vaucluse, de jeunes idiots marcher au pas et exécuter quelques manœuvres au son du tambour. Il est évident que par de tels exercices on développe l'intelligence aussi bien que les muscles. Il convient également de faire l'éducation de leurs sens, de leur apprendre à voir, à toucher, à entendre, de développer en un mot leurs facultés de perception extérieure. Enfin l'on peut avec une sérieuse attention développer chez eux la faculté du langage et leur apprendre à imiter dans une certaine

mesure ce qu'ils voient faire autour d'eux. Mais le grand principe dans l'éducation de ces enfants est de chercher les aptitudes qui peuvent subsister au milieu de cet affaiblissement général, et de cultiver chez eux le talent du dessin, l'aptitude au calcul, le goût de la musique et les autres capacités qui persistent chez bon nombre d'entre eux. L'intelligence générale profite à son tour de cette gymnastique cérébrale, et lorsqu'il ne s'agit point d'idiots de la dernière espèce, on parvient souvent à réaliser des progrès vraiment remarquables chez des intelligences qui semblaient absolument déshéritées.

Tout en applaudissant aux efforts intelligents et à la persévérance philanthropique de Seguin, de Belhomme, de Voisin, de Delasiauve, d'Ireland et des autres éducateurs de la jeunesse idiote, on ne peut se défendre d'un scrupule de conscience en voyant dépenser tant d'intelligence et tant d'activité pour une culture essentiellement stérile et qui ne donnera jamais qu'une très pauvre et misérable récolte. Lorsque tous les enfants normalement constitués de l'Europe recevront cette instruction élémentaire qui, dans bien des cas, leur fait absolument défaut, il sera temps, semble-t-il, de s'occuper de l'instruction des idiots. Jusque-là c'est un singulier paradoxe, en apparence du moins, que de prodiguer tous les bienfaits de la culture intellectuelle à des enfants qui n'ont point d'intelligence à cultiver. Mais, pour apprécier à leur juste valeur les efforts tentés dans cette direction, il faut les considérer comme une belle et vaste expérience destinée à nous montrer quels sont les moyens les meilleurs pour lutter contre des intelligences rebelles et triompher de leur inertie. La grande cause de l'éducation, envisagée dans son vaste ensemble, est destinée sans nul doute à en profiter un jour.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

DU CRÉTINISME.

Sommaire. — Définition du crétinisme; opinions diverses. — Arrêt de développement. — Côté physique et côté moral. — Crétins, demi-crétins et crétineux.

Description physique des crétins complets. — Crâne. — Face. — Dentition. — Marche. — Taille. — Organes génitaux. — Goître. — Conformation générale. — Défaut de proportion entre le tronc et les membres. — Enveloppe cutanée. — Système pileux. — Rachitisme. — Œdème. — Fonctions respiratoires. — Pouls. — Voracité. — Fonctions digestives. — Faiblesse musculaire. — Torpeur. — Sensibilité. — Ouïe. — Parole. — Maladies intercurrentes.

Demi-crétins. — Goître. — Organes génitaux. — Crétineux. — Type moins accentué.

Etat intellectuel des crétins. — Ils sont susceptibles d'un certain degré d'éducation. — Mémoire souvent développée. — Caractère moral. — Crétins physiques.

Anatomie pathologique. — Forme du crâne. — Capacité crânienne. — Epaisseur des os. — Ossification tardive des sutures. — Cerveau. — Cervelet. — Isthme de l'encéphale. — Lésions accessoires. — Rachitisme.

Etiologie. — Rapport entre le goître et le crétinisme. — Endémicité. — Hygiène. — Hérédité. — Eaux potables. — Discussion. — Crétinisme sporadique. — Myxœdème. — Distribution géographique du crétinisme. Pronostic. — Traitement. — Prophylaxie. — Moyens curatifs.

Messieurs,

Il est une dégénérescence particulière de l'espèce humaine, qui se localise de préférence dans certaines vallées situées dans les hautes montagnes, bien qu'elle puisse exister à l'état sporadique, chez les individus isolés. Cet arrêt de développement, si voisin de l'idiotie par certains

côtés, en diffère cependant par des caractères essentiels que nous aurons tout à l'heure à vous signaler. Il s'agit, vous le savez déjà, du crétinisme.

Voyons tout d'abord comment on doit envisager cette condition particulière; nous en étudierons ensuite les causes, la prophylaxie et le traitement.

La définition du crétin comprend deux caractères indispensables : il existe, en effet, dans cette anomalie, un côté physique et un côté moral.

Cette manière de voir n'a pas été toujours admise. Pour Fodéré, il n'existait point de différence essentielle entre l'idiotie et le crétinisme, et pour beaucoup de pathologistes, le goître surajouté à la nullité de l'intelligence suffirait pour caractériser cette dégénérescence. Ils auraient dit volontiers : « Est crétin tout idiot pourvu d'un goître. » C'est là une erreur profonde, car s'il existe des rapports intimes entre le goître et le crétinisme, il est aujourd'hui bien démontré que les vrais crétins ne sont point goîtreux ou ne présentent qu'à un très léger degré cette infirmité.

Mais, sans anticiper sur cette partie du sujet, nous allons étudier le type physique et moral que nous présentent ces êtres dégradés. A l'exemple de la commission sarde, nous admettons qu'il existe trois degrés, désignés sous les noms de *crétin*, *demi-crétin* et *crétineux*. Occupons-nous tout d'abord des crétins complets, offrant le véritable type de la dégénérescence.

Dès leur naissance, les petits crétins présentent des indices qui peuvent faire soupçonner l'avenir qui les attend. Ils présentent une tête volumineuse; le front est déprimé en arrière; l'occipital vient à sa rencontre, ce qui donne à l'ensemble du crâne une forme pointue.

La face est œdémateuse; le regard est sans expression

et cette lumière qui vient éclairer bientôt la physionomie des petits enfants ne viendra jamais animer leur visage. La face présente déjà les traits qui la caractériseront plus tard : le nez est épaté ; la langue déborde les lèvres, qui sont épaisses et charnues ; le col est gros et court, et cependant l'enfant tient mal sa tête, qui ballotte de tous côtés. Souvent enfin on constate une légère hypertrophie du corps thyroïde.

Les caractères fonctionnels viennent confirmer les inductions tirées des signes physiques. Le petit crétin tette avec difficulté ; il ne sourit jamais ; il ne reconnaît point les personnes qui l'entourent, pas même sa nourrice ; il ne donne jamais enfin aucune preuve d'affection ou d'intelligence, et pour compléter le tableau, il demeure dans un état de somnolence presque continuelle.

A mesure que l'enfant grandit, on constate que, malgré son appétit vorace, il se développe très lentement. La dentition, par exemple, est tardive, incomplète, irrégulière ; les dents sont noires, mal plantées sujettes à la carie, et, presque toujours, en nombre inférieur au chiffre normal. La seconde dentition, chez plusieurs de ces sujets, ne se fait jamais, ou du moins ne se montre que très incomplètement.

L'enfant marche très tard ; ce n'est qu'à sept ou huit ans qu'il peut se tenir sur ses jambes ; il est toujours très maladroit et sait à peine se servir de ses mains ; sa taille ne se développe pas ; il reste toujours très petit et ne mesure à l'âge adulte que quelques centimètres au-delà d'un mètre. A vingt ans, le sujet a les apparences d'un enfant, et, par contre, dès les premières années de la vie, il ressemble à un vieillard. C'est, en effet, un petit vieux ridé, au teint blafard, aux yeux éteints, et plongé dans cette profonde indif-

férence aux choses d'ici-bas, qui semble être si souvent l'apanage d'une vieillesse avancée. A cet état physique et moral correspond le nom de *crétin*, qui signifie, dit-on, *parfait chrétien*, car les êtres ainsi dépourvus de toute responsabilité morale sont incapables de pécher. C'est sans doute par une série d'idées semblables que les musulmans sont arrivés à considérer leurs idiots comme des saints auxquels ils rendent un culte.

Signalons enfin l'arrêt de développement plus ou moins complet des organes génitaux. La verge est réduite à un petit cylindre surmonté d'un gland très petit; les testicules sont minimes, souvent même on n'en trouve pas dans le scrotum. Les vrais crétins, les crétins complets, ne se reproduisent jamais. Voilà pourquoi, d'après Cerise, le goître est si peu prononcé chez eux, car le développement du corps thyroïde s'opère en général à l'époque de la puberté. Cependant, d'après M. Baillarger, on trouve souvent chez ces sujets un goître, mais il est fort petit.

Parvenus à l'âge adulte, ces sujets frappent les yeux par leur taille exiguë, ramassée, trapue, par leur tête grosse et mal conformée, large à la base, rétrécie au sommet. Le diamètre bilatéral est très considérable par rapport au diamètre antéro-postérieur; en d'autres termes, le crétin est brachycéphale, ce qui tient en grande partie à l'aplatissement de l'occipital. La tête forme à la nuque une ligne droite.

La face est large, aplatie; les yeux sont très écartés; le nez est écrasé; la bouche est mal formée, les lèvres sont épaisses, la mâchoire inférieure souvent proéminente; les oreilles sont énormes et très écartées. Enfin il existe souvent une asymétrie faciale assez prononcée.

Le col est court et en même temps large, ce qui donne

au sujet, vu par derrière, une encolure de taureau. Il y a souvent manque d'harmonie et de proportion entre la longueur du tronc et celle des membres; ceux-ci présentent souvent un développement exagéré, et, chez plusieurs individus, la disproportion se manifeste entre les parties du squelette qui constituent les mêmes membres; l'humérus est trop court pour les avant-bras, le fémur pour les os de la jambe. Les mains et les pieds sont habituellement courts et de forme arrondie.

Sur ce corps mal bâti, la nature a jeté une enveloppe plus disgracieuse encore. La peau est flasque, blafarde, terreuse, rude au toucher, dépourvue de poils et sillonnée de rides nombreuses et profondes, ce qui ajoute à l'ensemble de la physionomie un air singulier de décrépitude.

Le système pileux, nous l'avons déjà dit, est pauvre chez les crétins. Ils sont imberbes, sans poils au pubis, et la surface du corps est entièrement glabre; par contre, les cheveux sont très abondants, assez rudes, plantés très bas et ordinairement châtains. Ils ne tombent jamais et ne blanchissent pas. La calvitie et la canitie sont inconnues chez les crétins.

L'abdomen est saillant, la colonne vertébrale souvent cambrée. Du reste, le rachitisme, la scoliose et les autres déformations du tronc et des membres se rencontrent très souvent chez ces sujets. Il faut y joindre une sorte d'œdème pâteux, qu'on a souvent observé chez eux. Nous laissons entièrement de côté la question du myxœdème, qui n'est pas encore suffisamment élucidée. Nous voulons seulement appeler l'attention sur l'existence d'un véritable œdème chez les crétins proprement dits.

Nous venons de décrire les caractères physiques et psy-

chiques, et, pour ainsi dire, les lésions anatomiques extérieures du crétinisme. Il nous reste à parler maintenant des conditions physiologiques.

L'un des points les plus intéressants à cet égard, c'est l'état des fonctions respiratoires ; chez les crétins, la respiration est pénible, ce qui tient peut-être, chez certains d'entre eux, à la présence du goître ; mais, nous l'avons déjà dit, l'hypertrophie du corps thyroïde est peu prononcée chez les vrais crétins. Quoi qu'il en soit, leur respiration est lente, sifflante, grognante, et ils ne peuvent pas courir sans être atteints de cyanose.

Le pouls est lent, la température du corps est souvent un peu inférieure à l'état normal. Ces deux phénomènes sembleraient être liés, au moins en partie, à l'imperfection des fonctions respiratoires.

Le crétin est extrêmement vorace ; il avale sans goûter, à la façon des carnivores. Les fonctions digestives sont très énergiques et la vie végétative paraît assez développée.

Malgré ce bon état des fonctions digestives, les crétins se font remarquer par leur faiblesse musculaire, par leur maladresse et par leur apathie. Sans doute, dans les vallées qu'ils habitent, on leur apprend à courir au-devant des voyageurs en faisant des contorsions grotesques pour obtenir quelques aumônes ; mais à cette activité momentanée succède un état de torpeur qui est leur condition habituelle.

La sensibilité, en général, est assez obtuse et, parmi les sens spéciaux, celui de l'ouïe est le plus exposé à souffrir. En effet, nous l'avons déjà dit, la surdité est fréquente chez les crétins. Quant à la faculté du langage, elle est complètement abolie, et la vie du sujet s'écoule bien souvent dans une sorte de somnolence.

Notons enfin que les maladies auxquelles les crétins paraissent être le plus souvent exposés sont la fièvre typhoïde, la méningite et l'épilepsie.

Les *demi-crétins* ressemblent, au point de vue physique, aux crétins complets, mais ils s'en distinguent par deux caractères essentiels : d'abord ils ont un goître souvent énorme ; ensuite, leurs organes génitaux sont très développés. Ils ont des penchants lascifs, ils se reproduisent volontiers et engendrent des idiots.

Cependant, d'après Fabre, il existe des demi-crétins de haute taille, au type élancé, anguleux, à la mâchoire inférieure proéminente. Ces sujets, d'après M. Baillarger, ne seraient point de vrais crétins, mais de simples imbéciles ornés d'un goître.

Les *crétineux* enfin ont un type beaucoup moins accentué ; ils sont toujours plus ou moins goîtreux ; ils ont la face aplatie, le nez écrasé, ils présentent l'aplatissement occipital. Comme les crétins, ils sont faibles au point de vue musculaire et très apathiques par rapport au caractère.

Passons maintenant à l'étude de l'état intellectuel. Que dire sous le rapport des vrais crétins? Ils ressemblent aux idiots, et les plus avancés d'entre eux aux imbéciles. Comme ces derniers, à côté d'une intelligence rudimentaire, ils présentent quelques aptitudes spéciales et sont susceptibles d'un certain degré de culture et de développement. La mémoire est souvent très puissante chez les crétins ; elle surnage en quelque sorte au naufrage de l'intelligence prise dans son ensemble. Nous avons déjà vu qu'il en était souvent ainsi chez les imbéciles.

Il nous reste à signaler deux points d'une grande importance : en premier lieu le caractère de ces sujets est habituellement doux et enfantin, ils ne sont pas agressifs comme

beaucoup d'idiots, et l'on rencontre souvent chez eux une affection très réelle pour leurs proches; en second lieu, il est des crétins physiques qui présentent d'une manière plus ou moins complète tous les caractères du type et qui cependant jouissent d'une intelligence parfaitement normale.

Pendant dix ans les baigneurs de Barèges ont pu voir dans une fabrique importante de Luz un comptable qui s'acquittait fort bien de tous ses devoirs et qui présentait cependant tous les traits physiques du crétinisme.

Il serait facile de multiplier ces exemples; qu'il me suffise de vous rappeler qu'un médecin célèbre, né dans un pays de crétins, offrait dans sa conformation physique quelques-uns des caractères de cette dégénérescence. C'était pourtant un haut et puissant seigneur dans le domaine de l'intelligence.

On explique souvent ces faits par l'évolution héréditaire. Les crétins, en se reproduisant entre eux, donnent souvent naissance à des idiots. Mais, par des alliances avec les fortes filles de la montagne, ils peuvent améliorer leur race; et d'après la loi formulée par M. Moreau (de Tours) l'enfant peut avoir le cerveau de son père et le physique de sa mère, ou bien au contraire l'intelligence maternelle et le physique défectueux du père. Nous reviendrons bientôt sur ce point.

L'*anatomie pathologique* nous offre des renseignements très variables à l'égard du crétinisme ainsi qu'à l'égard de l'idiotie.

La forme extérieure du crâne a été déjà décrite. La conformation intérieure offre un caractère des plus importants. Tandis que le volume extérieur de la tête présente souvent des dimensions considérables, la capacité crânienne est réduite, par l'épaisseur des parois, à des proportions très

minimes. Les os du crâne pris isolément ont souvent éprouvé une éburnation caractéristique, au point de ne plus avoir de diploé. Par contre, les sutures s'ossifient tardivement, et les trous du crâne sont invariablement très petits. Le trou occipital lui-même n'échappe point à cette règle, et l'on comprend quelles peuvent être les conséquences d'un pareil état de cet orifice au point de vue des fonctions du bulbe qui le traverse. La direction de cette ouverture est presque verticale, la surface basilaire étant dirigée dans un sens presque complètement horizontal.

Le cerveau, pris en masse, est d'un petit volume, et les circonvolutions sont aplaties. Par une sorte de contradiction, l'on rencontre parfois une sorte d'hypertrophie de certains points. Il s'agit quelquefois d'organes très importants, comme les corps opto-striés; dans d'autres cas, l'hypertrophie porte sur des parties moins élevées en dignité, le corps pituitaire par exemple.

On a constaté chez plusieurs sujets une atrophie des nerfs acoustiques et des parties correspondantes de l'encéphale; cette atrophie peut également porter sur les nerfs optiques et olfactifs.

Le cervelet est très petit; ses lamelles sont amoindries, et les scissures interlamellaires sont effacées.

La protubérance annulaire est atrophiée et le bulbe est surtout comprimé par suite du rétrécissement du trou occipital. On comprend que la dyspnée si souvent observée chez les sujets de cette espèce peut s'expliquer dans une certaine mesure par cette disposition anatomique. Enfin, l'entrelacement et l'entrecroisement des faisceaux nerveux dans le bulbe, si compliqués à l'état normal, se trouvent souvent réduits chez les crétins à l'état le plus rudimentaire.

Nous avons signalé les lésions les plus importantes et

les plus caractéristiques du crétinisme, celles qui portent sur le cerveau et sur le crâne. Nous ajouterons que l'appareil auditif présente souvent de notables imperfections : les osselets sont mal conformés ; leurs articulations sont ankylosées et le tympan est fort épais. Avec de pareilles lésions on comprendrait sans peine l'existence de la surdité, quand même la conformation cérébrale ne viendrait pas en fournir l'explication.

Enfin le rachitisme est très commun chez les crétins ; nous avons vu qu'il porte volontiers son action sur le crâne, mais il peut atteindre les autres parties du squelette.

Occupons-nous maintenant d'une question controversée entre toutes : celle de l'étiologie. Les causes du crétinisme commencent à être connues, mais il existe encore à cet égard de telles divergences entre les autorités les plus compétentes, qu'on est forcé de se borner à signaler les opinions sans chercher à les concilier, ce qui serait d'ailleurs impossible.

Et d'abord existe-t-il un rapport quelconque entre le goître et le crétinisme ? Cette corrélation, contestée par la commission sarde, admise par la commission française, est en général acceptée aujourd'hui. On reconnaît que dans une même localité il existe un rapport constant entre le développement du goître et la fréquence du crétinisme. Si les crétins proprement dits n'offrent point l'hypertrophie du corps thyroïde, cela tient, dit-on, à l'arrêt de développement des organes génitaux, dont l'évolution est liée de la manière la plus intime au développement de cet organe. Enfin, si l'on admet, avec M. Baillarger et la plupart des observateurs, qu'il existe un rapport héréditaire entre ces deux infirmités et que souvent les goîtreux engendrent des crétins, on sera conduit à reconnaître qu'il existe une dégé-

nérescence spéciale développée dans certaines conditions hygiéniques et dont le goître serait le premier terme, tandis que le crétinisme en serait la dernière étape.

La question étant réduite à ces termes, on peut étudier les origines du goître et en même temps on approfondira le problème des origines du crétinisme, qui s'y rattachent de la manière la plus intime.

Deux grandes écoles se partagent les opinions au point de vue des origines du crétinisme. Pour la première, cette dégénérescence est le produit de causes multiples ; pour la seconde, il s'agit de l'influence d'une cause unique, à savoir la composition chimique des eaux potables, déterminée elle-même par la composition géologique du sol.

Parmi les auteurs qui reconnaissent au crétinisme des causes multiples, nous citerons Parchappe et Lunier, Niepce, Marchant et le rapporteur de la commission sarde. L'opinion contraire, qui attribue le crétinisme à l'action des eaux, est aujourd'hui généralement adoptée par les observateurs qui ont étudié la question aux époques les plus récentes.

Sans nous prononcer sur ce point délicat, nous signalerons rapidement les causes principales auxquelles on a attribué une part de responsabilité.

Le crétinisme endémique s'observe surtout dans les vallées profondes, encaissées de toutes parts par des montagnes à pic et parsemées de grands arbres. Le manque de soleil et l'humidité qui en résultent ont une influence incontestable sur la santé des habitants. L'altitude est également considérée comme l'une des causes de l'endémie.

Parmi les causes hygiéniques, on admet la mauvaise exposition des villages, leur construction défectueuse, l'entassement des maisons les unes sur les autres, les amas de

fumiers et d'ordures, la malpropreté des habitants, leur ignorance, les rigueurs extrêmes de l'hiver souvent précoce dans ces hautes régions, une alimentation grossière, enfin tout l'ensemble des conditions qui constituent la misère dans ces hautes montagnes.

Restent les causes individuelles, et c'est ici que l'hérédité peut jouer un rôle très important. Les mariages consanguins entre sujets atteints de crétinisme ou de goître sont une des causes les plus manifestes de la dégénérescence; quant aux mariages *mixtes*, comme on pourrait les appeler, nous en avons déjà signalé l'heureuse influence. En somme, l'influence de l'hérédité n'est point contestable ; mais, en dehors des localités infectées, elle ne paraît exercer qu'une très minime influence.

Parlons maintenant de l'action des eaux, dont l'importance est universellement reconnue. La dissidence n'existe que sur un seul point : il s'agit de savoir si cette cause unique suffit pour tout expliquer ou s'il faut lui adjoindre d'autres facteurs dont l'importance serait très réelle.

On sait que dans la même province et dans la même vallée on rencontre des hameaux où règne le crétinisme, tandis que d'autres centres de population voisins en sont absolument exempts. La similitude des conditions dans lesquelles vivent les habitants de ces localités, dont le sort est pourtant si différent, porte à croire que c'est à l'influence des sources qui servent à l'alimentation dans ces diverses localités, qu'il faut attribuer les profondes différences qui séparent les populations.

Bien plus, on a remarqué que dans une seule et même localité, lorsque plusieurs sources sont simultanément utilisées, le goître ou le crétinisme sont le privilège de certains quartiers alimentés par des eaux d'une seule et même

origine, tandis que d'autres quartiers sont complètement exempts de ces conditions morbides.

Le village d'Antignano, dans la province d'Asti, possède trois sources, dont deux paraissent renfermer le principe nuisible, tandis que la troisième en est exempte. Les familles qui font usage des deux premières sont affectées de goître et de crétinisme, tandis que celles qui font usage de la troisième n'en présentent pas un seul cas.

Dans d'autres localités, les eaux étant reconnues mauvaises, certaines familles ont établi des citernes qui leur permettent d'employer l'eau de pluie ; on les voit échapper à l'endémie qui frappe le reste de la population.

Il est enfin des faits qui semblent offrir toute la valeur d'une expérience directe. Ainsi deux villages, séparés l'un de l'autre par une distance d'environ 800 mètres, offraient, sous le rapport de la santé publique, un contraste frappant.

L'un, Saint-Bon, contenait une population saine et absolument exempte de crétinisme, tandis que l'autre, Bozel, souffrait de l'endémie constatée sous différentes formes. On fit venir à Bozel les eaux de Saint-Bon et le crétinisme disparut. Aujourd'hui, l'on ne trouve plus dans cette localité que des crétins adultes, vestiges attardés de l'ancien état de choses.

Nous pourrions aisément multiplier les exemples ; nous préférons renvoyer le lecteur à l'excellent article de MM. Baillarger et Krishaber, où la question est traitée avec un luxe de détails qui ne laisse rien à désirer (1).

L'action nocive des eaux étant pleinement démontrée, il reste à se demander quel est le principe qui leur confère ce fâcheux privilège.

(1) *Dictionnaire encycl. des sc. méd.*, art. CRÉTINISME, p. 167.

La géologie nous apprend que c'est surtout dans les terrains calcaires que se rencontre le crétinisme, et selon M. Grange les terrains dolomitiques devraient seuls être incriminés. Cette opinion est trop exclusive; nous le savons aujourd'hui, et des faits nombreux viennent déposer en sens contraire.

On a successivement incriminé le sulfate de magnésie, le sulfate de chaux, le sulfure de fer, enfin l'insuffisance ou l'absence totale de l'iode dans les eaux qui servent à l'alimentation (Chatin).

On a dit que le goître et le crétinisme étaient produits par les eaux terreuses et bourbeuses provenant de la fonte des neiges. Enfin, on a épuisé toute la série des hypothèses sans parvenir à démontrer autre chose que les trois faits suivants, qui paraissent établis:

1° L'action nuisible des eaux tient à la constitution du sol;

2° L'eau de pluie, recueillie dans les localités les plus infectées, ne produit ni le goître ni le crétinisme;

3° L'iode est un contrepoison efficace par rapport aux principes inconnus dont nous constatons les effets.

Ces points une fois nettement établis, il nous reste à étudier quelques questions accessoires.

Le crétinisme n'est pas toujours endémique; il peut être sporadique. Le crétinisme n'est pas toujours congénital; il peut être acquis. Les enfants sains envoyés en nourrice dans les pays où règne l'endémie, peuvent devenir crétins, et réciproquement certains crétins, déplacés dès leur jeune âge, peuvent revenir dans une certaine mesure à la santé. L'un des cas les plus curieux de cette espèce est celui qu'a rapporté Willeger à la suite d'une enquête ordonnée par le gouvernement autrichien, à Syrnitz. Le

propriétaire de cette seigneurie, qu'il avait acquise d'une famille dont tous les membres étaient crétins, arriva d'un pays sain avec sa femme. Celle-ci mourut goîtreuse et demi-crétine. Le propriétaire épousa lui-même une femme saine, qui à son tour subit la même influence; le mari lui-même devint demi-crétin. Les enfants subirent la même dégénérescence.

Il est donc bien démontré que l'influence des localités est telle que des enfants et même des adultes bien portants, lorsqu'ils viennent habiter un pays de crétins peuvent subir la dégénérescence endémique; mais il est également démontré que des cas sporadiques de crétinisme peuvent se développer au milieu de populations saines, sans qu'il soit possible de bien saisir le mystère de leur origine. Ferrus en a signalé un cas intéressant à Charonne, et j'ai eu moi-même l'occasion de présenter un cas analogue à l'Académie de médecine (1). Cette partie du sujet, il faut en convenir, est encore enveloppée d'une assez grande obscurité, et il ne m'appartient point de la dissiper.

Signalons enfin le myxœdème, cette affection singulière dans laquelle un état particulier des téguments se lie à un affaiblissement intellectuel des plus manifestes. Mais il s'agit là d'une affection qui peut à certains égards simuler le crétinisme, mais qui bien certainement n'appartient pas à cette dégénérescence.

Puisque le crétinisme est une affection endémique, on peut se demander quelle est sa distribution géographique. On le rencontre dans toutes les parties du monde, mais spécialement dans les montagnes, et en Europe il semble affectionner particulièrement les massifs des Alpes, empiétant

(1) *L'Encéphale*, 1882, n° 2, p. 233, et 1883, n° 1.

ainsi sur le territoire des trois nations voisines, la France, la Suisse et l'Italie. En France, les deux départements les plus atteints sont les Hautes-Alpes, qui renferment 22 crétins pour 1 000 habitants, et la Savoie, qui en présente 16 pour 1000. Le nombre total d'idiots et de crétins en France est évalué en nombres ronds à 120 000.

L'endémie paraît être en voie d'accroissement, mais il faut se rappeler que des recensements faits avec une plus grande exactitude révèlent aujourd'hui plus complètement que jamais toute l'étendue du mal. C'est l'une des causes de l'augmentation du chiffre officiel.

Le pronostic du crétinisme est moins fâcheux que celui de l'idiotie proprement dite. Quand il ne s'agit point des cas les plus déplorables et les mieux accentués, les crétins sont susceptibles d'éducation et peuvent être notablement améliorés. On cite même des cas de guérison presque complète.

Il est donc très intéressant de rechercher ici quels sont les moyens de traitement.

On peut les diviser en prophylactiques et en curatifs. La prophylaxie comprend les mesures d'hygiène et surtout la captation et l'aménagement d'eaux potables, dont la bonne qualité est démontrée; ensuite l'ouverture de voies de communication, le changement des habitudes, une bonne nourriture et des mariages soigneusement assortis dans le but d'éviter la reproduction héréditaire du type.

Les moyens curatifs comprennent : d'abord le déplacement. Il importe de soustraire les enfants au milieu qui les empoisonne. On a conseillé le séjour sur les lieux élevés ou, dans un sens absolument opposé, sur les bords de la mer. Mais il paraît suffisant d'aller habiter un endroit dont la salubrité est reconnue, pour se soustraire dans une certaine mesure aux effets de l'endémie.

On conseille ensuite une éducation appropriée qui développe à la fois les forces du corps et les facultés intellectuelles; on doit y joindre la gymnastique, qui, sagement ordonnée, peut rendre ici de très grands services. On doit y ajouter une alimentation substantielle.

Enfin, comme traitement pharmaceutique, on doit prescrire l'iode et les préparations iodurées, qui exercent incontestablement ici une action salutaire.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

L'ALIÉNÉ DEVANT LA SOCIÉTÉ.

SOMMAIRE. — Principes généraux. — Législation française. — Point de vue médical. — Droits et devoirs de la société. — Les aliénés avant la Révolution. — Les aliénés depuis la loi de 1838. — Asiles publics. Nécessité de la séquestration. — Placement d'office et placement volontaire. — Précautions dont la loi entoure l'aliéné. — Les aliénés ne sont pas traités comme des criminels. — Intervention constante du médecin dans toutes les phases de la vie de l'aliéné. — Il n'y a pas de séquestrations arbitraires dans les asiles publics. — Incapacités de l'aliéné. — Irresponsabilité des aliénés. — Aliénés criminels.

MESSIEURS,

Le sujet que je me propose de traiter aujourd'hui devant vous, dans ma leçon d'ouverture, aurait pu servir d'épilogue et de conclusion au cours de l'année dernière. Nous avons parcouru, dans une grande partie de son étendue, le vaste domaine des maladies mentales. Il s'agit aujourd'hui de capitaliser en quelque sorte la somme de nos connaissances, pour les appliquer à l'une des questions les plus importantes au point de vue pratique et les plus élevées au point de vue du droit : je veux parler de la situation de l'aliéné devant la société.

Certes, un sujet qui comporte d'aussi longues et d'aussi laborieuses études ne saurait être traité dans le court espace d'une seule leçon. Discuter les divers systèmes adoptés dans les grands pays civilisés, comparer leurs résultats, peser les objections qui leur sont adressées et

conclure dans un sens vraiment pratique, tel serait le programme à remplir. Une tâche pareille serait assurément au-dessus de mes forces, et peut-être au-dessus de votre patience.

Mon but est tout différent. Je veux seulement vous marquer les principes qui servent de base à toute législation sur la matière, et qui seront nécessairement le point de départ de toutes les améliorations qu'on cherche en ce moment à faire pénétrer dans nos lois.

Messieurs, pour des médecins français, le problème a naturellement pour centre l'état actuel de la législation française. Nous signalerons en passant les perfectionnements qu'on s'efforce d'y introduire ; mais nous allons surtout nous occuper des rapports de l'aliéné avec une société bien organisée, et de la situation que lui fait aujourd'hui la loi. Or, ne l'oublions pas, c'est comme médecins surtout qu'il nous faut aborder ce grand problème ; c'est comme médecins que nous étudions l'aliéné ; c'est comme médecins que nous définissons ses droits ; c'est comme médecins que nous formulons notre jugement sur lui. Telle est la cause primordiale, l'origine véritable des dissentiments qui s'élèvent si souvent à cet égard entre les initiés et les profanes, entre l'homme du monde et l'homme de science. C'est qu'il faut en effet une connaissance profonde du caractère de l'aliéné pour se rendre compte des mesures adoptées à son égard, et pour en juger la convenance et l'utilité.

Nous savons, avec une certitude absolue, que le désordre le plus profond de la raison, loin d'abolir l'ensemble des facultés intellectuelles, peut respecter souvent les parties les plus nobles de l'édifice. Nous savons même que des capacités hors ligne et un esprit de premier ordre

peuvent coexister avec l'aliénation mentale. Nous savons enfin que, dans une certaine mesure, les fous raisonnent comme des gens sains d'esprit et sont influencés par des motifs identiques à ceux qui gouvernent notre propre conduite.

Et cependant, semblable à tant d'égards au reste des hommes, combien l'aliéné n'en est-il pas essentiellement différent! Qu'il soit expansif et bienveillant comme la plupart de nos paralytiques généraux, ou bien taciturne et défiant comme la plupart de nos hallucinés, qu'il soit agité ou tranquille, maniaque ou dément, il n'en est pas moins déchu de la haute dignité de notre espèce ; il a perdu les attributs essentiels de l'humanité ; et du moment qu'il a été marqué du signe officiel de la déchéance, il n'appartient plus à la vie commune, il est retranché de la société, il est hors la loi.

Hors la loi, en ce qui touche à la responsabilité de ses actes et à la sanction pénale dont le législateur a entouré ses décrets.

Hors la loi, pour ce qui touche à ses droits individuels, à sa capacité civile et surtout à sa liberté personnelle.

Il semble, au premier abord, que la justice méconnaît ici son rôle, qu'elle punit l'innocent en le privant à la fois de ses droits et de sa liberté, qu'elle protège, au contraire, le coupable en l'arrachant à la vindicte des lois.

Et cependant rien n'est plus équitable au point de vue général que cet ensemble de dispositions si faciles à critiquer au point de vue philosophique. Car la société, placée en état de légitime défense, ne songe qu'à la loi suprême du salut public et saute à pieds joints par-dessus toutes nos subtilités métaphysiques. L'aliéné constitue, en effet, avant toutes choses, un péril public, et l'on peut admettre en

thèse générale que sur quatre aliénés il en est au moins trois qui sont dangereux à des degrés divers.

Mais l'aliéné constitue en même temps une charge pour la société, ou, pour mieux dire, il représente une obligation morale ; incapable de diriger sa vie, incapable de gérer ses biens, et, suivant l'expression consacrée, d'agir avec discernement, il serait bientôt victime des cupidités qui s'agitent autour de lui, il périrait bientôt de misère et de faim, si la protection tutélaire de nos lois ne venait soustraire ce grand enfant malade aux dangers de toute nature auxquels il est sans cesse exposé.

Quel est donc, en présence de cet être à la fois si faible et si dangereux, le rôle de la société ? Il peut se résumer en deux mots : un droit et un devoir : un droit de défense, un devoir de protection.

Deux hommes surtout, dans notre organisation sociale, répondent à cette double nécessité : à l'idée de justice, la personnalité du magistrat ; à l'idée de charité, celle du médecin.

Messieurs, dans tous les gouvernements réguliers, le grand problème à résoudre est de concilier les droits de l'État avec ceux de l'individu ; et, suivant les courants contraires qui s'emparent à diverses époques de l'esprit public, c'est tantôt l'un et tantôt l'autre de ces deux principes qui l'emporte. Pendant longtemps, l'État a fait prévaloir ses intérêts ; et, sous l'ancienne monarchie, à l'époque où l'État se résumait en la personne du prince, c'était à la fois l'honneur et le devoir de tout bon gentilhomme, et j'ajouterai de tout bon Français, de servir le roi, de mourir pour le roi, d'exécuter les ordres du roi. Mais aujourd'hui un vent nouveau a soufflé sur nos têtes, et ce sont les droits individuels qui l'emportent sur toute la ligne.

Appliquons ces données à l'appréciation de la situation faite aux insensés dans notre monde actuel.

On pourrait dire, en thèse générale, que, préoccupés uniquement et presque exclusivement des droits de la justice, nos ancêtres ne s'occupaient que de savoir si le criminel, amené devant la barre d'un tribunal, était ou non responsable de ses actes ; en d'autres termes, on ne s'intéressait guère aux fous que pour savoir s'il fallait les pendre.

Mais, une fois cette question résolue, le législateur ne s'inquiétait guère de leur traitement ni de leur guérison. Il existait, sans doute, des médecins fort habiles qui s'occupaient déjà de traiter et de guérir les fous, et qui parvenaient souvent à leur but ; mais il s'agissait là d'un intérêt particulier, d'une affaire traitée de gré à gré et en payant fort cher.

Ainsi, l'aliéné, lors même qu'il échappait aux rigueurs de la justice, se voyait abandonné en quelque sorte à lui-même, surtout s'il était indigent.

Lacune immense, et comblée, il faut le dire, en grande partie, par les corporations religieuses qui s'occupaient du soin des aliénés. Aussi, dans le traitement des maladies mentales, les pratiques religieuses occupaient-elles le premier rang, comme autrefois dans les temples de l'ancienne Egypte. Les prières, les évocations, les moyens mystiques, sans exclure complètement les remèdes médicaux, constituaient la base du traitement, qui pouvait alors à bon droit s'appeler le traitement moral.

Sachons reconnaître les immenses services rendus autrefois par ces institutions, dont les derniers vestiges tendent à disparaître aujourd'hui. Grâce à leur intervention, un grand nombre de fous inoffensifs recevaient tout au moins les soins élémentaires qu'exigeait leur position.

Restaient les aliénés turbulents, et, pour ceux-ci, l'autorité n'avait point d'indulgence. On les mettait tout simplement en prison. Mais, une fois les verrous tirés, on se trouvait en présence d'un captif, bien plus incommode, bien plus gênant que les autres prisonniers, et bien plus difficile à vivre que les vrais criminels. Il était assurément bien plus désagréable et bien plus dangereux pour les gardiens, et ceux-ci, troublés dans leur quiétude, ne se faisaient aucun scrupule d'user des moyens de rigueur. Bientôt on mettait le malade au cachot; on lui faisait endosser la camisole, on le chargeait de liens et d'entraves, et l'on épuisait contre lui tout cet arsenal de moyens barbares que la grande réforme de Pinel a fait abandonner pour toujours.

Il fallait à tout prix sortir de cette situation pénible, et, depuis la Révolution, ç'a été une des préoccupations constantes du législateur : il en est résulté une série d'efforts, plus ou moins heureux, dont la loi de 1838 a été le dernier terme.

Pour résumer en un seul mot l'esprit tout entier de cette loi célèbre, on peut dire qu'elle est une loi essentiellement médicale. C'est là ce qui fait à la fois sa force et sa faiblesse : sa force, car elle s'appuie sur des principes éminemment scientifiques et absolument vrais; sa faiblesse, car elle heurte les prétentions de tous ceux qui, s'appuyant sur les seules lumières de la raison pure, veulent s'affranchir de notre influence et déclarent, suivant l'expression d'un jurisconsulte célèbre, que, pour juger un cas d'aliénation mentale, un peu de bon sens vaut mieux que toute la fausse science des aliénistes. Or, ce sont précisément les hommes du métier qui ont pris une part prépondérante à la rédaction de cette loi, qui représente dans leur ensemble

les vues de Pinel, et dont Ferrus a posé les bases fondamentales. C'est grâce à son influence que le mot *aliéné*, introduit dans la science par Pinel, a pénétré pour la première fois dans la loi ; et ce n'est point une vaine question de mots, car l'adoption officielle de ce terme marque un changement radical dans l'esprit même de la législation. A partir de ce moment, le fou est définitivement classé au rang des malades et devient essentiellement tributaire de la médecine ; aussi, le point principal, l'innovation capitale de la loi de 1838, c'est la création d'asiles publics d'aliénés, placés dans chaque département sous la direction de l'autorité publique. Il faut, disait-on avec toute justice, il faut d'abord s'occuper des pauvres, les riches trouveront toujours des soins empressés.

Il est si difficile, messieurs, de reconnaître que l'on n'a pas toujours possédé les biens dont on a l'habitude de jouir, qu'il nous semble impossible d'admettre que ces asiles, dont l'existence est une nécessité sociale, n'aient point toujours existé. Ils sont venus combler cette lacune, dont je vous ai parlé, et lutter avec un succès toujours croissant contre les congrégations religieuses, dont l'influence a toujours reculé depuis cette époque et dont le rôle paraît aujourd'hui terminé.

S'il n'a pas été possible de donner satisfaction complète à tous les besoins, le droit des aliénés à la protection officielle a été du moins reconnu, et nous voyons apparaître enfin dans la loi une idée essentiellement médicale, celle du traitement.

Ainsi donc, par une série de motifs divers et convergents, on conclut à la séquestration de l'aliéné. Deux grandes raisons militent surtout en faveur de cette mesure : il faut d'abord que l'aliéné soit traité, car il est susceptible de

guérir; il faut ensuite qu'il soit enfermé, car sans cela ses extravagances le conduiraient presque fatalement en prison. La maison de santé suppose nécessairement à un degré quelconque la coercition. Placez un aliéné dans une maison ouverte, dans l'immense majorité des cas il n'y restera point. Aussi, comme le dit spirituellement M. le professeur Lasègue, le fonctionnaire le plus important d'un asile d'aliénés, c'est le concierge.

Je sais parfaitement que des principes fort différents tendent à prévaloir à l'étranger, et surtout en Angleterre. On préconise le système des asiles à portes ouvertes, où tout le monde peut entrer et sortir à son gré; mais un pareil système serait inapplicable en France, et rien ne démontre qu'il soit pleinement justifié chez nos voisins. Car il ne faut point prendre au sérieux la boutade fort originale d'un auteur écossais qui, faisant l'éloge des asiles à portes ouvertes, déclare avec un imperturbable sérieux que si l'adoption de ce système entraînait par hasard quelques assassinats, il ne faudrait point y voir un argument contre le principe.

Il faut donc, dans l'intérêt public, que l'aliéné soit privé de sa liberté, et, dans l'immense majorité des cas, cette privation soulève de sa part des réclamations incessantes.

Sans doute il est des malades qui viennent d'eux-mêmes solliciter leur placement; tourmentés par l'approche d'une crise, ils sentent venir le mal et vont d'eux-mêmes chercher un refuge. La sœur d'un illustre écrivain anglais, Mary Lamb, qui dans un accès de folie furieuse avait eu le malheur d'assassiner sa mère, ne manquait jamais, lorsqu'elle sentait approcher une crise, de se faire conduire dans un asile d'aliénés; et il n'est pas un spécialiste qui,

dans le cours de sa carrière, n'ait eu l'occasion de constater des faits analogues.

Mais il est certain qu'en thèse générale le placement s'opère contre le gré des malades. Parcourez un de nos établissements et vous entendrez à chaque pas des réclamations incessantes. Presque tous nos malades demandent constamment leur sortie, car on ne tient jamais autant à sa liberté que lorsqu'on veut commettre des folies. Et voilà pourquoi, dans l'opinion des gens du monde et des journalistes, les asiles d'aliénés se prêtent à des séquestrations arbitraires. Un homme qui parle assez raisonnablement se plaint d'être victime d'un complot: ses ennemis l'ont fait enfermer dans une maison de fous. Il n'en faut pas davantage pour convaincre un visiteur inexpérimenté, qui se retire absolument convaincu qu'il vient de constater une épouvantable injustice.

Il n'est donc pas sans intérêt de vous rappeler les précautions tutélaires édictées par la loi.

Il est deux méthodes de placement pour les aliénés: le placement d'office ordonné par l'autorité; il s'applique aux fous turbulents ou criminels arrêtés sur la voie publique ou à leur domicile à la suite d'un scandale public; le placement volontaire a lieu sur la demande d'une personne qui s'intéresse à un degré quelconque au sort du malade. Ainsi, direz-vous, une personne quelconque peut obtenir la séquestration d'un aliéné? Rassurez-vous, messieurs, il ne suffit point de la demander pour l'obtenir; sans cela, quel est celui de nous qui pourrait être sûr de ne point coucher dans une maison de fous?

Mais c'est ici qu'il faut admirer le luxe de précautions dont la loi croit devoir entourer la liberté individuelle.

Pour obtenir le placement dit volontaire (il ne s'agit

point, bien entendu, de la volonté du malade), il faut produire une demande en bonne forme, indiquant la qualité du postulant, ensuite un certificat d'aliénation mentale signé par un médecin. Ces deux pièces suffisent pour obtenir l'entrée. On s'est plaint souvent du pouvoir exorbitant qui semble ainsi conféré au médecin, et l'on a souvent demandé qu'il y eût en France, comme en Angleterre, une disposition exigeant la signature, non pas d'un seul, mais de deux médecins. Je reconnais parfaitement qu'il serait utile de prendre à cet égard des précautions plus complètes, mais le nombre des signatures ne fait rien à l'affaire, c'est leur qualité qu'il faut examiner : deux incapables ne feront jamais la monnaie d'un homme compétent. Il faudrait exiger non pas une double signature, mais un diplôme spécial qui donnerait le droit de signer les certificats d'aliénation mentale. On puiserait à pleines mains dans le personnel médical des asiles la matière de cette organisation.

Le malade est entré dans une maison de santé. Avis de son entrée est donné dans les vingt-quatre heures à l'autorité administrative par le directeur de l'établissement. Trois jours plus tard, il reçoit la visite d'un médecin-inspecteur. Quinze jours plus tard, un rapport du médecin de l'établissement est adressé aux autorités. L'état de l'aliéné est consigné tous les mois sur un registre d'observation paraphé par le maire.

S'il se produit une réclamation du malade, le procureur de la République se transporte auprès de lui pour l'interroger. Enfin tout ami peut intervenir juridiquement.

Telles sont les précautions prises à l'entrée. Pour obtenir la sortie, il faut une déclaration du médecin traitant, constatant que le malade est en état de quitter l'asile. S'il est

guéri, la sortie est de plein droit et ne peut être différée ; si, au contraire, le médecin la trouve prématurée et dangereuse, il doit en référer au préfet, qui statue. — Dans tous les cas, l'aliéné interdit ne peut être remis qu'à son tuteur.

En présence d'un tel luxe de précautions, on est tenté de croire que la liberté des fous est mieux sauvegardée dans les pays civilisés que celle des gens sains d'esprit.

Restent les placements dits d'office, qui sont directement ordonnés par l'autorité, lorsqu'il s'agit des malades qui constituent, par leur attitude, un danger public, ou qui ne sauraient, sans danger pour eux-mêmes, être laissés en liberté. Ici nous voyons apparaître la figure vénérable du commissaire de police : c'est sur son ordre que les aliénés sont transférés d'abord à la préfecture de police, où ils subissent un premier examen médical, puis au bureau de répartition, qui les dirige, après un nouvel examen, dans un service de traitement. Telle est, du moins, la procédure suivie à Paris : inutile de signaler les détails, peu importants d'ailleurs, par lesquels elle diffère du système adopté en province. Ce qui mérite vraiment de vous intéresser, ce sont les précautions prises après l'admission des malades pour éviter toute séquestration arbitraire ; elles sont sensiblement les mêmes que pour les placements volontaires dans les maisons de santé : visites d'inspecteurs, registres d'observation tenus sous la responsabilité des chefs de service, enfin, intervention des autorités judiciaires en cas de conflit.

Il reste un point capital, et qui pourrait à lui seul résumer l'esprit tout entier de la loi : c'est que, dans aucun cas, les aliénés ne peuvent être enfermés dans une prison ni traités comme des criminels.

Comme vous le voyez, messieurs, ce qui caractérise essentiellement la loi de 1838, c'est l'intervention constante du médecin dans toutes les phases de la vie de l'aliéné. C'est le médecin qui prononce son admission et qui décide de sa sortie ; c'est lui qui juge en dernier ressort la situation et qui préside, en définitive, au sort du malade. Son droit a été consacré au cours de la discussion parlementaire par cette parole décisive du ministre de l'intérieur : « La folie n'est pas un crime : c'est une maladie qui guérit par le traitement. »

Si donc le médecin se présente à toutes les étapes de la vie morbide de l'aliéné, comme son ami, son protecteur constant et son défenseur naturel, d'où vient ce débordement d'injures auquel nous sommes constamment exposés dans la presse, et jusqu'à un certain point dans les appréciations du public ? D'où vient ce cauchemar des séquestrations arbitraires qui tourmente sans cesse l'imagination de certains publicistes ? Il faut bien le dire : les plaintes qui entretiennent sans cesse les inquiétudes du public proviennent, pour la plupart, des demi-aliénés, de ces intelligences placées sur la frontière qui sépare la raison de la folie, et qui sont bien certainement l'une des plaies les plus dangereuses de la société, non seulement par l'absurdité de leurs idées et la perversité de leur caractère, mais aussi par l'influence incontestable qu'ils exercent sur l'opinion.

Je vous l'ai dit : si les aliénés ne jouissent, en général, d'aucun crédit auprès de leurs compagnons d'infortune, ils ont une puissance d'action singulière sur les gens sains d'esprit. Dans une réunion publique, un fou monte à la tribune : on l'écoute avec intérêt, on l'applaudit à outrance. Un homme sensé prend la parole après lui et n'obtient

aucun succès; c'est que le second est banal, et que le premier ne l'était pas. L'histoire est là pour nous prouver avec quelle puissance la folie de certains hommes a remué le monde. Il est des entreprises où la raison froide échouerait infailliblement, et où le délire a réussi. Mais je ne veux pas insister sur ce sujet, qui mérite de longs développements, et que je me réserve de traiter plus tard devant vous.

Il n'y a donc pas de séquestrations arbitraires, messieurs; ou plutôt, s'il en existe, ce n'est pas dans nos établissements publics, ni dans les maisons de santé soumises à une surveillance étroite, méthodique et jalouse : c'est dans l'intérieur des familles, c'est derrière le mur de la vie privée, loin de la publicité salutaire des actes autorisés par la loi. Il est hors de doute que, plus d'une fois, de malheureux aliénés, devenus pour leurs proches un objet d'horreur et de mépris, ont été enfermés dans quelque cachette obscure, où ils manquaient des soins les plus élémentaires.

La loi punit sévèrement ces actes odieux; mais, et c'est ici l'une de ses plus grandes lacunes, elle ne prescrit pas le placement des aliénés dits inoffensifs, ouvrant ainsi la porte à de graves abus et tolérant de grands dangers. Il existe, en effet, plus de cinquante mille aliénés en liberté dans notre pays, dont la plupart sont des idiots et des crétins; et, malgré leur apparence inoffensive, ces malades commettent trop souvent des crimes qui s'expliquent par leur état mental, et qu'il eût été possible de prévenir.

Si j'ai longuement insisté sur ce point, messieurs, c'est parce qu'il passionne, plus que tout autre, la curiosité publique; c'est parce que les idées les plus erronées circulent à ce sujet, même chez les gens instruits; c'est

enfin parce que nulle part la loi de 1838 n'est plus parfaite que dans les soins minutieux qu'elle prend pour sauvegarder, contre tous les abus, la liberté de l'homme accusé de folie.

Mais, si l'aliéné ne peut disposer de sa personne, à plus forte raison ne peut-il disposer de ses biens. Un tuteur, ou tout au moins un conseil de famille, lui est nécessaire; et l'ensemble des mesures prises à cet égard constitue ce qu'on nomme la curatelle des aliénés. Le temps me manque pour étudier avec vous cette partie de la question. Je me contenterai de vous rappeler un point d'une importance capitale : c'est que l'aliéné, s'il n'est pas interdit, conserve le pouvoir de faire son testament, dont les dispositions sont valables, si, par elles-mêmes, elles ne sont point entachées d'absurdité.

Il est d'autres incapacités qui, dans toute législation sérieuse, frappent nécessairement l'individu privé de raison. Il ne peut point, par exemple, contracter de mariage valide, sauf dans un intervalle de lucidité: car le mariage suppose un consentement libre, qui ne peut appartenir qu'à un être raisonnable. On a même proposé d'interdire aux aliénés le mariage, après leur guérison, et cela dans l'intérêt des enfants qui naîtraient d'une pareille union. Mais il ne faut point oublier que les instincts de l'homme n'abdiquent jamais, et que s'il est interdit aux fous d'avoir des enfants légitimes, ils en auront de naturels. Voilà pourquoi je ne saurais approuver la disposition de la législation suédoise qui interdit le mariage aux épileptiques, car la garantie que l'on croit obtenir de cette manière est absolument illusoire. Enfin, l'exercice des fonctions publiques est interdit aux aliénés, qui d'ailleurs ne peuvent exercer aucune autorité dans leur propre famille.

J'ai rapidement examiné avec vous le premier côté de la question : celui de l'incapacité des aliénés et des conséquences qui en découlent. Il me reste maintenant à vous entretenir de l'autre face sous laquelle se présente le problème; je veux parler de l'irresponsabilité de nos malades.

Un crime est commis: l'auteur en est connu, il est traduit devant la justice; sa culpabilité est avérée; il reste à savoir s'il est responsable de ses actes.

Je n'ai point à faire allusion aux dissentiments qui se sont souvent élevés entre les spécialistes chargés d'apprécier l'état mental d'un coupable et les magistrats chargés de le juger. Nous restons sur le terrain de la doctrine, sans descendre à l'examen des faits particuliers, qui seuls motivent le désaccord.

Sur la question de principe, il ne saurait y avoir de discussion, et l'on est unanime pour reconnaître que la folie, en supprimant la liberté, supprime aussi la responsabilité. Et pourtant, même sur cet étroit terrain, il peut se manifester des divergences. Par le seul fait qu'un homme est aliéné, doit-on conclure, si le délire est partiel, que son influence s'étend à toutes les actions du malade? La loi anglaise ne l'a point pensé; elle admet, pour certains aliénés, une responsabilité limitée, et qui s'applique aux actions qui sont en dehors de leur délire et pour lesquelles on peut admettre qu'ils raisonnent et refléchissent comme les autres mortels. La loi française se place à un point de vue différent : elle admet que tous les actes de l'aliéné, dès qu'il est incapable d'agir avec discernement, sont soustraits à la sanction pénale.

C'est le principe de l'irresponsabilité absolue que M. Jules Falret a si éloquemment défendu devant la Société médico-psychologique, dans une discussion mémorable.

Il ne s'agit pas évidemment de nier l'existence d'un certain degré de conscience et de raison chez nos malades, ou plutôt chez certains d'entre eux : elles existent à des degrés nombreux et avec des nuances infinies. Mais où trouver le *phrénomètre* qui permettra de juger avec précision l'étendue du délire et la puissance que peut encore conserver la raison ?

Il vaut donc mieux, au risque de certains inconvénients, établir une règle précise et faire profiter l'accusé des incertitudes de la science humaine. Il faut décréter, comme le fait notre législation, l'absolue irresponsabilité des aliénés. C'est là très certainement un acte de haute sagesse, car il est impossible, au point de vue médico-légal, d'établir à cet égard des différences subtiles lorsqu'il est déjà si difficile de fixer la limite où finit la raison, où commence la folie.

Un homme est fou ou il ne l'est pas, dit le vulgaire. Rien de plus faux que ce dilemme si logique en apparence ; car l'expérience de tous les jours nous apprend que ce n'est point à coups de hache qu'on peut couper ce nœud difficile. Aussi, vouloir trouver une définition exacte de la folie, c'est, comme on l'a dit avec raison, chercher la pierre philosophale.

Passons à une autre partie du sujet. Une expertise a eu lieu : le coupable est reconnu aliéné. Il est séquestré en conséquence ; mais, après une détention plus ou moins longue, il revient à la santé. Il réclame sa liberté ; doit-on le rendre à la société ? Question difficile et terrible, à laquelle le médecin a seul qualité pour répondre, et qui soulève de nouveau l'antagonisme, dont je vous ai parlé tout à l'heure, entre les droits de l'Etat et les droits de l'individu.

Il faut avoir vu des malheureux qui, coupables d'un

homicide commis sous l'empire d'un état morbide, et, revenus à la raison, réclament avec insistance leur liberté, pour comprendre les incertitudes, ou pour mieux dire les angoisses de l'homme chargé de résoudre la question. D'une part, mis en liberté, l'aliéné homicide peut toujours redevenir dangereux. A-t-on le droit, pour satisfaire son besoin de liberté, d'exposer un homme inoffensif à ses violences? D'autre part, on comprend la dureté d'une sentence qui prive à jamais de sa liberté un homme autrefois aliéné, et remis en pleine possession de ses facultés.

Les Anglais paraissent avoir résolu la question d'une manière assez pratique, par la création de l'asile de Broadmoor, où sont détenus les aliénés criminels, dans des conditions qui écartent le danger par une surveillance rigoureuse et des dispositions générales, et qui permettent en même temps aux détenus de jouir d'une liberté relative et d'un bien-être plus considérable que dans les asiles ordinaires.

Il serait à désirer que des mesures analogues fussent prises en France, au moins en ce qui touche aux aliénés homicides, qui méritent plus spécialement de nous intéresser au point de vue social.

Messieurs, j'ai résumé en quelques lignes un problème qui, dans sa vaste étendue, exigerait des études qui ne peuvent trouver place dans le cadre de notre enseignement, et vous aurez pu vous convaincre, par ce coup d'œil rapide jeté sur l'ensemble de nos institutions, qu'un abîme profond sépare le passé du présent, et qu'à la sourde hostilité, à la répugnance mal dissimulée d'autrefois, a succédé la plus large et la plus bienveillante sympathie pour les aliénés.

Mieux compris, mieux traité, mieux étudié, le malade

tend à reprendre sa place naturelle dans la société, dont il n'est ni l'ennemi ni la victime, mais le pupille et le protégé. Ainsi rien de plus inepte que l'absurde préjugé qui présente l'aliéniste comme l'ennemi de l'aliéné ; car c'est à la médecine mentale que revient ici la part prépondérante dans toutes les conquêtes de la philanthropie et dans tous les épanouissements de la civilisation, et ce sera l'honneur éternel de la France d'avoir ouvert la voie dans laquelle marchent aujourd'hui toutes les nations policées (1).

(1) Un projet de loi, déposé par le gouvernement, vient apporter de nombreuses et importantes modifications à la loi de 1838 ; mais on comprend qu'il nous est impossible de discuter une loi dont le texte n'est pas encore adopté.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE LEÇON.

LA MÉDECINE MENTALE A TRAVERS LES SIÈCLES.

DEUXIÈME LEÇON.

DE LA FOLIE EN GÉNÉRAL.

TROISIÈME LEÇON.

DES ÉLÉMENTS MORBIDES DE LA FOLIE. — DES ILLUSIONS ET DES HALLUCINATIONS.

QUATRIÈME LEÇON.

DES HALLUCINATIONS (SUITE).

CINQUIÈME LEÇON.

DES CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET DES IMPULSIONS IRRÉSISTIBLES.

SIXIÈME LEÇON.

DE L'ÉTAT PHYSIQUE DES ALIÉNÉS.

SEPTIÈME LEÇON.

DES LÉSIONS ANATOMIQUES DE LA FOLIE.

HUITIÈME LEÇON.

DES FORMES DU DÉLIRE. — DE LA MÉLANCOLIE.

NEUVIÈME LEÇON.

DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS.

DIXIÈME LEÇON.

DE LA STUPEUR.

ONZIÈME LEÇON.

DE LA MANIE.

DOUZIÈME LEÇON.

DE L'EXCITATION MANIAQUE.

TREIZIÈME LEÇON.

DU DÉLIRE AIGU.

QUATORZIÈME LEÇON.

DE LA FOLIE CIRCULAIRE.

QUINZIÈME LEÇON.

DE LA DÉMENCE.

SEIZIÈME LEÇON.

DES CAUSES DE LA FOLIE. — DE L'HÉRÉDITÉ.

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

DES CAUSES DE LA FOLIE (SUITE).

DIX-HUITIÈME LEÇON.

DES CAUSES DE LA FOLIE (SUITE).

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

DIAGNOSTIC DE LA FOLIE.

VINGTIÈME LEÇON.

DU PRONOSTIC.

VINGT ET UNIÈME LEÇON.

DU TRAITEMENT DE LA FOLIE EN GÉNÉRAL. — CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

DE LA FOLIE RELIGIEUSE.

VINGT-TROISIÈME LEÇON.

LA FOLIE DU DOUTE.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON.

DE LA FOLIE ÉPILEPTIQUE.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON.

DE LA FOLIE RHUMATISMALE.

VINGT-HUITIÈME LEÇON.

DES FOLIES SYMPATHIQUES. — DES FOLIES GÉNITALES.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON.

DES FOLIES TOXIQUES. — DE L'ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE.

TRENTIÈME LEÇON.

DE L'ALCOOLISME AIGU.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON.

DU DELIRIUM TREMENS.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON.

DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON.

DE LA DIPSOMANIE.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

DES FOLIES ORGANIQUES. — PARALYSIE GÉNÉRALE.

HISTORIQUE ET NATURE DE LA MALADIE.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON.

DE L'ÉTAT MENTAL DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON.

DES SYMPTOMES PHYSIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

TRENTE-HUITIÈME LEÇON.

DES FORMES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. — SA MARCHE. SES TERMINAISONS. — SA DURÉE.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON.

DES CAUSES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

QUARANTIÈME LEÇON.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON.

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON.

DES FOLIES MORPHOLOGIQUES. — DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON.

DU CRÉTINISME.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON.

L'ALIÉNÉ DEVANT LA SOCIÉTÉ.

ERRATA.

Page 431, ligne 14, *au lieu de* coups et clous sur la tête, *lisez* coups et chutes sur la tête.

Page 773, ligne 20, *au lieu de* l'inspection microscopique, *lisez* l'inspection macroscopique.



PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7.